

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

18

TRAITEMENT
DE LA
GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

PAR

A. W. GILCHRIST

M. R. C. S. (ANGLETERRE) L. R. C. P. (LONDRES)
PREMIER EXTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE
EXTERNE DE L'HÔPITAL DU PHARO
MÉDAILLES DU MINISTRE DU COMMERCE ET DE LA COMMISSION DES HOSPICES
INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE
LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE
DEUXIÈME PRIX 1884, PREMIER PRIX 1885
INTERNE DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE

PARIS

J. RUEFF ET C^{ie}, ÉDITEURS

106, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 106

1890

TRAITEMENT

DE LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

81

TRIMETIANT

21602. — PARIS, IMPRIMERIE LAHURE
9, rue de Fleurus, 9

SMITHSONIAN INSTITUTION

TRAITEMENT
DE LA
GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

PAR

A. W. GILCHRIST

M. R. C. S. (ANGLETERRE) L. R. C. P. (LONDRES)

PREMIER EXTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

EXTERNE DE L'HOPITAL DU PHARO

MÉDAILLES DU MINISTRE DU COMMERCE ET DE LA COMMISSION DES HOSPICES

INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

DEUXIÈME PRIX 1884, PREMIER PRIX 1885

INTERNE DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE

PARIS

J. RUEFF ET C^{ie}, ÉDITEURS

106, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 106

1890

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen, M. BROUARDEL;	professeurs :	MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TILLAUX.
Pharmacologie.....		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....		STRAUS.
		G. SÉE.
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
Maladie des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		CHARCOT.
		VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....		LE FORT.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voix urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchements.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et A. RICHET.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET	FAUCONNIER	NÉLATON	RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEY	POIRIER, chef des	PICARD
BRISSAUD	HANOT	travaux anatomi-	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	ques.	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DÉJERINE	MARIE	RETFERER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. G. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON FRÈRE "CHÉ"

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. } TILLAUX, professeur.
 } JALAGUIER, MARIE, agrégés.*

A MON FRÈRE - CHÉRI

AVANT-PROPOS

Je suis heureux de pouvoir apporter ici à M. le professeur Pozzi le témoignage de ma sincère reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il m'a accueilli dans son service d'hôpital.

Ce sentiment m'a aidé dans l'accomplissement de ce travail, que j'avais l'ambition de mener à bien tout en défendant une théorie nouvelle et qui, j'en ai la ferme conviction, modifiera quelque peu le traitement de la grossesse ectopique généralement suivi jusqu'ici.

Je manquerais à mes devoirs si je ne reconnaissais aussi que je n'ai jamais fait appel en vain à la complaisance de mon ami le Dr Gaudin, mon ancien camarade d'internat.

M. le professeur Pinard a bien voulu me faire l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse; qu'il me permette de lui en exprimer ici ma profonde reconnaissance.

Mes remerciements à M. Marie, agrégé de la Faculté; pour sa complaisance à mon égard, qui ne s'est jamais démentie.

Mon ancien camarade d'internat le Dr Odilon Arnaud, aide-major au 4^e bataillon de chasseurs alpins, a aussi droit à mon bon souvenir.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Les premiers mois de l'année dernière, pendant que je suivais les cours à l'hôpital de Middlesex à Londres, on reçut dans la salle Prudhoe, spécialement affectée à la gynécologie, deux cas de grossesse extra-utérine.

Ces deux cas d'une affection considérée généralement comme rare, furent d'autant plus remarquables que l'attention générale venait d'être attirée tout particulièrement sur cette question de la grossesse extra-utérine.

En effet quelques mois auparavant Lawson Tait avait publié son livre intitulé : *Ectopic Gestation and Pelvic Hæmatocele*. Dans cet ouvrage, il avait émis ou affirmé certaines théories nouvelles sur la fécondation, la menstruation et l'évolution de la grossesse extra-utérine. Il avait en outre présenté les résultats remarquables que fournit une hardie intervention chirurgicale dans la rupture tubaire intra-péritonéale, affection jusqu'à cette époque presque toujours mortelle.

Lawson Tait avait déjà avancé quelques-unes de ces théories, et publié les résultats de plusieurs grossesses tubaires opérées dans *The Diseases of the Ovary* et dans diverses communications qu'il fit aux journaux et Sociétés savantes d'Angleterre.

Ce livre souleva beaucoup de discussions parmi les gynécologues et les accoucheurs, surtout en Angleterre et

en Amérique. Il inspira aussi probablement le cours que fit bientôt après Matthews Duncan à Saint-Bartholomew's hospital sur la grossesse extra-utérine. Ce dernier critiqua vivement la témérité qui se faisait fort d'élucider cette question obscure et complexe, et condamna la pratique qui poussait l'intervention chirurgicale au delà des limites imposées par la prudence.

Le *Lancet* se faisant, il est permis de croire, l'écho de certaines opinions officielles, se montrait peu disposé à accepter toutes les conclusions de l'auteur, tout en reconnaissant sa compétence.

On doit cependant reconnaître que ces opinions sont d'une clarté et d'une simplicité séduisantes, qu'elles ne manquent pas d'une certaine originalité, et qu'elles ont eu au moins ce grand mérite d'attirer l'attention sur une affection d'un très grand intérêt, et trop souvent méconnue.

Il est rare en effet aujourd'hui de trouver un journal de médecine, surtout parmi les journaux américains, qui ne rapporte pas un ou plusieurs cas de grossesse ectopique, venant confirmer l'opinion de Tait, et nous ne sommes pas éloignés de croire que si les observations sur cette affection semblent se multiplier aujourd'hui, c'est grâce aux aperçus nouveaux fournis par cet auteur¹.

Dans ce modeste travail notre intention est de parler seulement du *traitement* de la grossesse extra-utérine, mais comme nous aurons souvent occasion de faire allusion aux théories qui ont permis de formuler ce traitement d'une façon précise, et qui constitue un véritable progrès sur les anciennes méthodes, il me sera permis

1. Formad, à Philadelphie, a constaté dix-neuf morts subites en quatre ans, par suite de ces ruptures intra-péritonéales de grossesse tubaires.

de donner un aperçu rapide de ses traits principaux.

Tait croit qu'avant d'arriver à des idées saines sur la pathogénie de la génération il faut *renoncer* aux anciennes idées suivantes : 1° que le rut des animaux est analogue à la menstruation chez la femme ; 2° que l'ovulation a lieu une fois par mois et qu'elle donne lieu à la menstruation ; 3° que les spermatozoïdes rencontrent l'œuf dans la trompe. C'est cette dernière proposition qui nous intéresse le plus et qui sans être démontrée d'une manière absolue peut être admise comme hypothèse¹.

Pour arriver à ces conclusions il s'appuie sur les recherches de Johnstone et Bland Sutton. Ces auteurs, cherchant à confirmer l'opinion d'Aveling, à savoir : que la menstruation n'est que la suite de la préparation de l'utérus pour la réception de l'œuf, sont arrivés aux conclusions suivantes :

Au point de vue de l'évolution, la menstruation est à peu près exclusivement propre à la femme. *Elle serait due à sa position debout*. Elle consiste dans la dénudation mensuelle de la muqueuse utérine et la dissolution, dans une certaine quantité de sang, de la prolifération cellulaire qui constitue cette préparation pour l'œuf. Les trompes ne prennent pas part à la menstruation ; ce sont des organes appartenant seulement aux animaux supérieurs et qui sont en rapport avec l'ovulation relativement restreinte de la femme.

L'utérus est donc l'organe qui doit recevoir l'œuf, et c'est là seulement que doit se faire la fécondation. Les

1. Voir, pour intéressantes recherches sur la migration des spermatozoïdes : *Ueber die innere Ueberwanderung des Eise* (Zeits. für Geb. und Gyn. B. XVII). Heft I.

trompes sont pourvues d'un épithélium cilié servant à chasser l'ovule vers l'utérus, mais puisque la fécondation doit se faire seulement dans l'utérus, cet épithélium a un rôle plus important encore, *celui d'empêcher les spermatozoïdes d'arriver dans la trompe*. Qu'une cause quelconque vienne à détruire cet épithélium, les spermatozoïdes pourront dès lors pénétrer dans la trompe. La *dénudation de celle-ci rend sa surface semblable à celle de la muqueuse utérine au moment de la chute épithéliale de la menstruation* et l'œuf après fécondation pourra séjourner dans sa cavité et s'attacher à ses parois.

Or on remarque très souvent en examinant les antécédents des malades atteintes de grossesse extra-utérine, qu'elles ont souffert à un certain moment soit d'une vaginite infectieuse, ou de quelque inflammation utérine, telle que les suites de couches, d'un trouble inflammatoire en somme qui, s'étendant à la trompe, a donné lieu à une salpingite. Cette salpingite sera desquamative, elle détruira l'épithélium; nous venons de voir les conséquences possibles de cette dénudation.

La « puissance absorbante » du péritoine est considérable; nous connaissons tous le peu de temps que mettent à se résorber les liquides épanchés dans sa cavité; nous avons constaté la rapide disparition des épanchements sanguins. Léopold introduit dans la cavité abdominale d'une femelle de lapin un certain nombre de jeunes embryons retirés de son utérus. Il constate leur disparition au bout d'un temps déterminé¹.

1. Si l'on a aussi constaté la migration des spermatozoïdes d'une trompe à l'autre à travers le bassin, c'est que la séreuse était malade et que par conséquent son pouvoir absorbant n'agissait plus.

Donc un ovule tombant dans le péritoine sera rapidement¹ absorbé. *La grossesse abdominale primitive devient par le fait impossible.* Dans le même ordre d'idées la grossesse ovarique devient très problématique. Il semble pourtant qu'il existe des faits indubitables de ce genre de grossesse (*Lancet*, 25 oct. 1890. Reeves, *Case of Ectopic Ovarian Gestation*); on doit donc pour le moment l'admettre, tout en constatant qu'elle doit être très rare. La grossesse tubo-ovarique se comprend plus facilement, les kystes tubo-ovariques en effet n'étant pas rares.

Comme exemple de cette variété de grossesse je rapporte une observation que je dois à l'obligeance de M. Pozzi. L'observation est intéressante, parce que à la suite d'une affection pilvienne il s'était produit des adhérences.

Toute grossesse extra-utérine est primitivement tubaire; si elle a lieu dans la partie de la trompe qui traverse l'utérus, elle sera interstitielle (c'est à cause de cette variété qui, en effet, n'est pas extra-utérine, que Barnes a proposé de substituer le terme *d'ectopique* à celui de grossesse extra-utérine); si elle a lieu dans la partie libre, elle sera tubaire franche; si l'œuf est logé près de l'extrémité libre nous avons des grossesses infundibulaires.

Les choses étant ainsi, comment doit se terminer une grossesse tubaire? D'abord il est presque admis par tout le monde que la rupture est la terminaison invariable de cet état; cette rupture est précoce, elle a lieu avant la douzième semaine, au moment où les villosités commencent à s'atrophier et le gâteau placentaire à se former.

Le placenta pourra s'insérer sur la partie supérieure,

1. Selon Lawson Tait, ce fait se passe pour un grand nombre d'ovules qui tombent périodiquement dans sa cavité.

libre, de la périphérie interne de la trompe ou dans la partie inférieure qui correspond à l'intervalle compris entre les deux feuillets du ligament large. Cette différence d'insertion est capitale, parce que c'est l'insertion placentaire qui détermine la rupture. Les parois de la trompe en effet ne s'hypertrophient pas comme celles de l'utérus. Elles sont alors traversées par de gros sinus qui les amincissent. Si l'implantation s'est faite sur la partie supérieure, il y aura rupture intra-péritonéale suivie d'hémorragie rapidement mortelle, à moins qu'il n'existe des fausses membranes qui permettent à l'épanchement de s'enkyster. C'était le cas cité plus haut de la malade de Pozzi. Si la rupture a lieu dans la partie qui se trouve enfermée entre les feuillets du ligament large, la rupture sera extra-péritonéale; les deux feuillets s'écarteront sous la pression du sang, mais par le fait même de la résistance des tissus et du pouvoir hémostatique des mailles du tissu conjonctif, l'hémorragie sera bientôt limitée.

La rupture extra-péritonéale peut être incomplète; le fœtus peut être expulsé, mais le placenta rester en partie en place. C'est alors seulement et grâce à cet accident que la grossesse pourra devenir abdominale. Plus tard cette dernière pourra encore se produire par la rupture secondaire du sac intra-ligamentaire. C'est pourquoi l'on trouve en général dans ce genre de grossesse ectopique le placenta tapissant la surface interne du bassin. Les cas où l'on a trouvé un placenta diffus adhérent aux intestins, et un enfant libre dans l'abdomen comme dans le cas récent de Jessop, est difficile à concilier avec les théories que nous exposons. Lawson Tait le fait entrer pourtant dans son cadre. C'est aussi une grossesse primitivement

tubaire, seulement la rupture a eu lieu de très bonne heure et l'œuf est allé s'implanter ailleurs, comme le fait du reste l'œuf dans l'insertion vicieuse du placenta. La trompe de Fallope, paraît-il, était intacte chez cette malade de Jessop. Mais nous savons que la cicatrisation de la trompe après rupture est un fait qui a été observé¹. Tait cite aussi à l'appui de sa théorie le cas d'un kyste de l'ovaire qui s'étant détaché de son pédicule par le fait de la rotation sur son axe a pu continuer à se développer en se greffant sur l'épiploon.

Toute grossesse qui dépasse les premiers mois, serait donc une grossesse secondaire, et la grande majorité de ces grossesses secondaires seraient des grossesses intra-ligamentaires (sous-péritonéo-pelviennes de Dezeimeris).

Nous avons essayé de choisir des observations qui ont pour objet de démontrer les différentes variétés de grossesse ectopique précédemment énumérées et de discuter le traitement qui leur conviendrait respectivement.

On pourra nous reprocher le manque d'originalité de notre travail, puisque le dernier mot qui a été dit sur la grossesse extra-utérine a une date récente (1886, thèse d'agrégation de Maygrier), et que le traitement de la grossesse extra-utérine vient d'être résumé d'une façon magistrale et brillante par Pozzi.

Je ferai remarquer que le traitement de cette affection, fondé sur des théories à peine discutées en 1886, a subi une évolution considérable dans l'intervalle qui sépare le travail de Maygrier et celui de Pozzi. D'autre part, j'ai vu disparaître toutes mes illusions quand, armé de quelques

1. Siegenbeek von Henkelom. Cent. f. Gynak. 1887, n° 3, p. 54-46.

conclusions que je croyais exclusives à une école avancée anglaise, je les ai trouvées formulées entre autres dans l'exposé remarquable de mon aimable maître de l'hôpital Lourcine-Pascal.

Il y a place pourtant pour une modeste plaidoirie en faveur du traitement chirurgical hardi et éclairé d'une affection qui jusqu'à ces dernières années est restée le reproche d'une science impuissante et indécise, en faveur de l'intervention active et intelligente dans ces circonstances malheureusement trop fréquentes, où le médecin, s'inspirant d'une chirurgie craintive, abandonne à la mort la femme en proie à l'hémorrhagie foudroyante, consécutive à la rupture d'une grossesse ectopique.

Un accoucheur jeune et distingué racontait récemment les divers cas de cette affection qu'il avait eu l'occasion d'observer. Il cita le triste sort d'une jeune dame, femme d'un de ses confrères, qui au milieu d'un bal fut prise subitement de douleurs aiguës dans l'hypogastre, qui tomba en syncope, et qui expira dans l'espace de deux ou trois heures. Elle avait une grossesse tubaire qui s'est rompue. Une autre mort tragique fut celle d'une courtisane qui fit époque dans le monde galant de Paris. Parmi ses admirateurs assidus, était un certain patricien, porteur d'un nom historique. Un jour le jeune Lothaire quitte les bras de sa maîtresse, se précipite dans la rue, la consternation peinte sur son visage, cherchant du secours pour la fille mourante. Un accident du même genre venait de se produire, et, au bout d'un court espace de temps, elle avait succombé. Un troisième cas fut celui d'une dame mariée, stérile mais très désireuse d'avoir un enfant. La science de l'accoucheur vint à son secours. Elle conçut, ses

règles cessèrent pendant deux époques, mais tout d'un coup elle fut prise de symptômes d'hémorrhagie interne. On vint à son secours, on constata les signes probables d'un épanchement sanguin, et l'on conseilla l'expectation. Les accidents aigus s'apaisent, et le jour suivant on constate une tumeur considérable occupant un côté du bassin. Cette tumeur, malgré son grand volume, se résorba bientôt et la dame guérit parfaitement.

Est-ce à dire qu'on ne doive jamais intervenir dans ces circonstances, parce que souvent ces cas guérissent d'eux-mêmes?

Doit-on rester inactif devant les hémorrhagies graves qui se terminent par la mort?

On nous dira qu'il est impossible de discerner à l'avance quel sera le dénouement de ces cas différents, que le diagnostic est impossible. Si l'on adopte la pathogénie de la grossesse tubaire et des hématoécèles consécutives à leur rupture telle que nous venons de l'indiquer, et si l'on a constaté les résultats brillants fournis par la laparotomie dans les cas de rupture tubaire, on admettra la culpabilité de l'inaction basée sur de pareilles considérations. Nous verrons du reste que le diagnostic ne présente pas de difficulté sérieuse. Nous savons que le troisième cas diffère absolument des autres. En effet, dans les deux premiers cas l'hémorrhagie ayant été intra-péritonéale, fut mortelle. Le troisième a été intra-ligamentaire, il a guéri de lui-même par le mécanisme dont il a été déjà question, et qui est du reste facile à comprendre.

Nous pourrions multiplier les cas de ce genre, afin d'insister sur la différence essentielle qui existe entre ces deux genres d'hémorrhagie et les différents traitements qu'ils com-

portent ; mais nous devons les réserver pour l'endroit où nous nous occuperons plus particulièrement de la conduite à tenir lors de la rupture du sac d'une grossesse tubaire. Nous voulons constater dès maintenant l'hésitation qui existera tant que l'on n'aura pas admis cette différence importante.

Quand le traitement de la grossesse extra-utérine, tel qu'il est formulé par L. Tait, Pozzi, Martin et quelques autres laparatomistes en renom, deviendra une partie de l'enseignement usuel, on ne verra plus de ces faits déplorables tels que celui constaté par Martin de Berlin : c'était un cas où le diagnostic de grossesse tubaire ne permettait aucun doute, où médecin et parents savaient à quoi s'en tenir. Au moment de la rupture, malgré les avertissements du chirurgien, on abandonna à elle-même la femme, qui succomba quatre heures plus tard!

Nous puiserons les données nécessaires à la discussion du traitement dans les travaux d'auteurs relativement récents, parce que les progrès modernes de la chirurgie abdominale ont fait faire un grand pas au traitement de la grossesse ectopique. Nous sommes heureusement loin de l'époque de la cure de la faim¹, mais nous ne devons pas oublier que, de nos jours presque, Barnes a proposé l'administration de la strychnine jusqu'à dose légèrement toxique, que Caseaux, il y quelques années, préconisait les saignées répétées, et que Schröder admet encore les ponctions.

Même dans les ouvrages modernes la question est souvent complexe et confuse parce que, l'accord étant loin de

1. Retger, Thèse de Keller, 1872, cité par Pozzi.

s'être fait sur la pathogénie de la grossesse ectopique, il doit en être de même, jusqu'à un certain point, pour le traitement. Un fait pourtant d'une grande importance semble avoir été accepté partout, c'est que la variété intra-ligamentaire serait une forme avérée et fréquente de la grossesse extra-utérine. Il en est ainsi pour l'hématocèle ou hématome extra-péritonéal ou intra-ligamentaire, qui, nous venons de le voir, est souvent le résultat de la rupture d'un œuf tubaire.

CHAPITRE PREMIER

Traitement pendant les premiers mois ; avant la rupture.

— La grossesse tubaire ne se traduisant ordinairement par aucun symptôme particulier, la grande difficulté du traitement réside dans l'incertitude du diagnostic (Pinard, Herman)¹. En considérant chaque méthode de traitement il faut donc tenir compte d'une erreur de diagnostic. Pozzi² dit avec raison, il est vrai, qu'il « suffit d'être en présence d'une tumeur des annexes occasionnant des douleurs, pour que la laparotomie soit indiquée ». C'est certes simplifier singulièrement la question. Pour lui et pour beaucoup de laparotomistes, c'est « le traitement qui s'impose de plus en plus, et à toutes les périodes de l'évolution de la grossesse extra-utérine ». Il faut pourtant tenir compte de ceci, que, pour beaucoup d'auteurs, Matthews Duncan, Schröder, Léopold, entre autres, un grand nombre de ces grossesses guérissent dans les premiers mois, sans intervention aucune. L'œuf encore peu développé, meurt, et tout se résorbe. Cette opinion, hâtons-nous d'ajouter, est loin d'être généralement acceptée³. Veit⁴ croit que la grossesse tubaire est la maladie la plus fréquente des trompes, que tous les cas d'hématocèle chez les femmes qui se croient enceintes ou qui ont souffert de menstruation irrégulière avant leur maladie, ont pour origine une grossesse

1. Herman, *Obst. Trans.* 1887.

2. Pozzi. *loc. cit.*

3. W. Duncan, *Lancet*, March 1890, 452.

4. *Zeit. Geb. u. Gynak.* Band. XI, 408, cité par Herman.

tubaire, que même à la suite d'un avortement présumé, quand on pose le diagnostic de paramétrite consécutive, on doit songer aux hémorrhagies de la grossesse extra-utérine. Sans aller si loin que Veit, il semblerait, remarque encore Herman¹, que ces cas de grossesse ectopique ayant avorté de bonne heure et s'étant résorbés, seraient plus fréquents qu'on ne saurait le croire.

A ce moment si le diagnostic est possible tout le monde est d'accord qu'il faut arrêter le développement de l'œuf. Mais ici encore il y a divergence d'opinions quant aux moyens à employer. Les uns voudraient arriver à ce résultat soit en retirant le liquide amniotique par une ponction, en injectant dans le sac kystique des substances toxiques telle que la morphine, soit par l'emploi de l'électricité. Ce sont là des moyens, disons-le de suite, incertains et dangereux, quoique même aujourd'hui la plupart des ouvrages d'obstétrique les conseillent. Une seule considération suffit pour les condamner, c'est que le danger pour la mère ne cesse pas avec la mort du fœtus. Les autres insistent sur la nécessité de faire l'extirpation du sac fœtal dès que sa présence est constatée. C'est la conduite qui tend certainement à être généralement observée. « L'opération, dit Pozzi, est du reste bénigne. » Nous ajouterons : dans les mains d'un opérateur compétent. « Si d'après les symptômes et les signes physiques », dit W. Duncan à propos de ces cas, « vous diagnostiquez une grossesse extra-utérine avant la rupture, insistez vivement sur la nécessité d'ouvrir le ventre sans délai, car l'existence de la femme dépend d'un fil qui peut se rompre à un moment quelconque. » Il exprime ensuite la même opinion que Pozzi. « Si, en exa-

1. *Obst. Transactions*, 1887.

minant la trompe après son ablation, on trouve qu'il s'agissait d'une trompe distendue par du pus, du sérum ou du sang, on aura bien agi, car aujourd'hui on sait que les risques d'une laparotomie faite avec les précautions voulues, sont minimes.¹ » Pinard s'exprime à peu près dans les mêmes termes en faisant une objection qui, nous venons de le voir, ne constitue pas aujourd'hui une contre-indication de la laparotomie. Il dit : « Si nous possédions un moyen de reconnaître la grossesse extra-utérine au début, ce serait là (la laparotomie) le traitement rationnel par excellence, puisqu'il supprime d'emblée la source des dangers, et qu'aujourd'hui, on peut le dire, la laparotomie pratiquée à cette époque de la grossesse n'est pas plus grave que celle qu'on pratique pour l'ovariotomie ». Martin croit comme Veit qu'il est plus rationnel, une fois le diagnostic établi, d'enlever la trompe avec l'œuf à l'aide de la laparotomie. Ici nous remarquerons que le diagnostic n'est pas indispensable. Une chose à remarquer c'est la divergence d'opinion qui semble exister sur la difficulté plus ou moins grande d'arriver à un diagnostic. On dirait que les difficultés varient avec le genre de traitement. Les électriciens comme Garrigues, Brothers, etc., arrivent au diagnostic avec la plus grande facilité; Garrigues le croit plus facile qu'une grossesse normale. C'est vrai, ces praticiens ont des occasions exceptionnelles, puisqu'ils sont arrivés à guérir des cas par la faradisation, en séries de 43, etc. ! (Brothers, Am. J. Obst., février 1890.)

Lawson Tait, dont l'autorité en fait de grossesse extra-utérine est certainement exceptionnelle, affirme n'avoir

1. Dict. Encyc. des Soc. Méd., Art. Grossesss ext. ut.

jamais fait de diagnostic avant la rupture. Les malades qu'il a opérées ne se sont plaintes qu'au moment des accidents. Aucun symptôme n'éveille l'attention de la femme sur son état. Il n'a vu qu'un seul cas avant la rupture; il fit sans difficulté le diagnostic d'occlusion et distension tubaire, mais il avoue que personne ne songea à la présence d'une grossesse ectopique. Il faut dire que l'occasion se présente rarement de pouvoir examiner un kyste fœtal avant la rupture. Veit en aurait vu deux pourtant où il a pu vérifier le diagnostic, et nous rapportons une observation où Herman de Londres fit l'extirpation d'un sac fœtal après avoir porté le diagnostic de grossesse tubaire.

J'ai insisté sur cette question de diagnostic pour revenir sur le traitement de la grossesse ectopique par l'électricité sous les formes de l'électropuncture, la galvanisation et la faradisation; par la ponction simple et par l'injection dans le kyste fœtal de substances toxiques.

Comme je ne reviendrai pas sur cette question de traitement palliatif, je ne me restreindrai pas dans ce chapitre à prendre en considération les cas traités avant la rupture du sac. Du reste, même de l'avis des partisans de ces méthodes, elles ne sauraient être appliquées que dans la première moitié de la grossesse.

Ponction. — On la préconise, nous savons, dans le but plus ou moins hypothétique de terminer une grossesse extra-utérine; hypothétique, parce que nous venons de voir comment le diagnostic de cette affection est difficile. Mais en supposant le diagnostic fait, Herman observe avec raison, qu'il ne croit pas qu'il soit si facile de faire passer l'aiguille dans le milieu d'une tumeur peu développée et mobile, et de pénétrer exactement au point nécessaire

pour arriver sur le liquide amniotique. En admettant même que l'extraction du liquide puisse causer la mort du fœtus, ce qui n'est pas certain. On l'a retiré quand la grossesse était au quatrième mois, sans que le fœtus soit mort pour cela.

. Mais la grande objection, c'est le danger du procédé. Tait la croit plus dangereuse qu'une laparotomie; tous les livres citent les cas malheureux de Braxton, Hicks et Hutchinson. On pourrait ajouter bien d'autres où la mort est survenue par hémorrhagie ou par péritonite à la suite de la ponction. Le danger d'hémorrhagie est réel parce que dans les premiers temps de la grossesse ectopique les vaisseaux pénètrent dans le sac par sa partie inférieure, et il est facile de comprendre qu'ils doivent rarement échapper au trocart, même le plus fin. Aussi on est étonné de voir un auteur comme Schröder conseiller de faire cette ponction par le vagin. Mais une autre considération de la plus grande importance s'impose ici. On a prétendu que souvent la mort de l'œuf précède l'accident de la rupture. On pourrait se demander même si cette mort de l'œuf n'en serait pas la cause efficiente. Si dans les grossesses intra-utérines c'est la mort du fœtus qui provoque l'avortement, ne serait-ce pas aussi la mort intra-tubaire qui provoquerait des efforts expulsifs — une espèce de faux avortement, pour ainsi dire, — qui amènerait la rupture de la trompe? En somme, ne s'engagerait-on pas dans une voie qui, selon ces considérations, est absolument contre-indiquée? On pourra répondre à cela que la rupture devant se produire inévitablement à une époque plus ou moins rapprochée, il vaut mieux la provoquer à un moment où l'œuf est encore peu développé. Ce raisonnement ne saurait être

admis, car la rupture, c'est un fait avéré, est tout aussi dangereuse dans les premières semaines de la grossesse que vers la fin du deuxième ou troisième mois¹. Le Dr Zucker de Berlin rapporte, en effet, un cas de grossesse tubaire où la rupture a eu lieu à la troisième semaine, quand l'œuf ne dépassait pas les dimensions d'une noix muscade. La rupture, constatée à l'autopsie, siégeait sur la trompe droite, et avait une longueur de 5 centimètres. On trouva 4 litres de sang dans l'abdomen.

L'électricité. — Pozzi dit que cette méthode jouit encore d'une grande vogue en Amérique et paraît avoir aussi des partisans convaincus en Russie, mais il la condamne. Les partisans mêmes de cette thérapeutique ont dû abandonner l'électro-puncture, dont le danger est évident, puisqu'il ajoute de nouveaux inconvénients à ceux signalés pour la ponction simple. La galvanisation est à peu près délaissée. C'est la faradisation qui paraît être mise exclusivement en usage aujourd'hui². La méthode consiste à placer une sonde dans le voisinage de l'œuf par le vagin ou le rectum et à appliquer l'électrode positif sur l'hypogastre à quelques centimètres au-dessus de l'arcade crurale. On fait passer un courant pendant cinq ou dix minutes en se laissant guider sur la sensibilité de la malade. Mais les électro-thérapeutes ne sont pas d'accord sur la durée et l'intensité à donner aux courants. (Garrigues et Landis varient de 10 minutes à l'heure). Autrement c'est la technique qui semble être généralement indiquée.

Les auteurs Garrigues, Brothers revendiquent pour ce traitement des avantages marqués sur les autres; ce der-

¹ 1 *Centralbl. f. Gynækol.*, n° 15, avril 1888.

² 2. Pozzi, *Gynécologie*, 856.

nier amènerait d'abord la mort du produit de la conception, et il favoriserait la résorption des éléments de l'œuf. Ils appliquent de l'électricité jusqu'à la fin du cinquième mois, et il y en a même qui ne voient pas de contre-indication bien nette à son emploi au delà de cette époque¹!

Pozzi fait remarquer combien il est difficile de se faire une juste idée de l'efficacité d'une méthode quand tout contrôle de l'exactitude des diagnostics est impossible, et quand la plupart des observations proviennent d'auteurs dont l'autorité n'est pas établie. Lawson Tait constate que même de l'aveu de ses partisans consciencieux ces méthodes ne fournissent que des résultats incertains et précaires. « Elles ne seront adoptées que par ceux qui, n'ayant ni le courage ni l'adresse suffisants pour obtenir des succès en chirurgie abdominale, s'adonnent à des procédés plus ou moins fantastiques! » Sachant mieux que personne toutes les difficultés qui entourent le diagnostic² au premier mois de la grossesse extra-utérine, il demande à être excusé s'il se montre un peu sceptique à l'égard de ces diagnostics avant la rupture que l'on prétend faire avec facilité et à l'égard de ces guérisons au moyen « d'une ponction, qu'elle soit simple, médicamenteuse ou électrolytique! »

Admettant pourtant que le courant puisse être appli-

1. *Med. and Surg. Reports*. Soc. clinique de Philadelphie. Le Dr Sibbold fit le diagnostic d'une grossesse extra-utérine à la dixième semaine, et le Dr Montgomery obtint la mort du fœtus et l'absorption par le courant faradique.

2. Pour montrer les rares occasions qui se présentent de faire un diagnostic avant la rupture, Tait rapporte le cas d'une personne ayant eu deux grossesses extra-utérines successives. Elle fut opérée d'abord par lui. Après, elle eut une grossesse normale. Quinze mois après elle devint de nouveau enceinte. Son mari ne l'a jamais entendue se plaindre que de quelques douleurs dans le bas-ventre. Quelques jours après elle meurt, et l'autopsie démontre une grossesse interstitielle.

qué au fœtus sans les dangers de la ponction, ou, puisque l'électro-puncture est abandonnée par la plupart des électriciens, que l'on puisse faire passer entre les électrodes un courant de moyenne intensité, on ne saurait comprendre que l'on puisse si facilement amener la mort du fœtus. Dans les premiers mois l'embryon est très tenace à la vie, et, comme le fait remarquer Stevenson, à cette époque du développement l'appareil frénateur du cœur n'est pas encore organisé. Selon toutes les probabilités, il faudrait, pour être certain du résultat, un courant d'une intensité telle, qu'y avoir recours constituerait plutôt un danger pour la mère que pour l'enfant¹. Les accoucheurs qui ont eu l'occasion d'employer le cranio-clasme savent combien il est difficile d'obtenir la mort du fœtus; les traités d'obstétrique, du reste, n'insistent-ils pas sur la nécessité de faire parvenir le perforateur jusque sur le bulbe pour obtenir que l'enfant ne pousse pas un cri en naissant? Et même cette précaution ne suffirait pas toujours, car Budin a observé la persistance des battements cardiaques après la destruction du bulbe chez un fœtus. Il les a notés aussi chez un enfant dont l'occiput était luxé sur des vertèbres cervicales et dont la substance cérébrale à ce niveau était en détrit.

Voici, du reste, les détails sommaires d'un cas publié par Matthews Duncan dans les rapports de l'hôpital de Saint-Bartholomew. Il est devenu classique; et si dans les mains d'un habile accoucheur les méthodes en question ont fourni des résultats si déplorables, il est temps

1. Pozzi, *Gynéc.*, 881, cite un exemple (*Am. Journ. of Obst.*, janv. 1890, p. 94) où, par erreur de diagnostic, une femme dont la grossesse était parfaitement normale fut soumise à un traitement électrique assez fort pour avoir amené une large eschare de l'abdomen, sans déterminer la mort du fœtus.

qu'elles soient condamnées irrévocablement : Application d'abord de l'électricité dans un cas de grossesse extra-utérine. Courant induit de la force maxima d'un appareil « combined » de Coxeter. Rhéophore discoïde positif sur abdomen à gauche, sonde nickelée négative dans le vagin. Courants interrompus pendant une minute et demie; ensuite courant continu de 40 éléments Leclanché pendant six minutes, jusqu'à vésication de la peau et dessiccation superficielle de la muqueuse vaginale. On entend encore les battements fœtaux le même soir. Le jour suivant, injection de deux grains (13 centigrammes) de morphine dans la cavité amniotique. Une heure après la mère devient somnolente et ses pupilles se contractent. On croit devoir retirer le liquide amniotique, ce qui s'effectue par aspiration à travers la paroi abdominale. On en retire 150 grammes. Cinq jours plus tard, nouvelle injection d'un quart de grain de morphine dans les tissus fœtaux, à une profondeur de cinq centimètres, dans le point où l'on distingue le plus distinctement les bruits fœtaux. On répète les injections à deux reprises différentes, laissant un intervalle de deux jours, mais sans résultat. Essai de la galvano-puncture. Courant pendant six minutes, fourni par quarante éléments. On entend encore les battements du cœur fœtal, mais ils sont affaiblis. Quatre jours après, nouvelle aspiration et dernière injection de morphine. On n'entend plus le cœur du fœtus. La mère *meurt* deux jours plus tard. A l'autopsie, trente-six heures après la mort, le contenu du kyste exhale une odeur fétide, les parties molles du fœtus sont macérées. Les viscères sont presque diffluent, et on parvient à peine à reconnaître le cœur.

Et tout cela se passait encore en 1883!

Extraction du fœtus avec ou sans le sac par la laparotomie ou l'élytrotomie. (a) Avant la rupture.

Les méthodes de traitement discutées jusqu'ici étant insuffisantes et dangereuses en elles-mêmes, et l'expectation après la mort du fœtus ne mettant pas la mère à l'abri du danger, c'est à l'extraction du fœtus par la laparotomie ou par l'incision vaginale que l'on doit avoir recours. C'est le traitement, du reste, qui tend en général à être adopté, même par ceux qui autrefois ont préconisé des méthodes moins radicales. Nous devons donc considérer la valeur relative, à cette période de la grossesse ectopique, de la laparotomie et de l'élytrotomie comme moyen d'extraction du fœtus. L'élytrotomie pratiquée à cette époque de la grossesse, pour la première fois, par Gaillard Thomas, n'a pas donné de bons résultats. Il est vrai que Goelet et Harrison, qui ont suivi l'exemple de Thomas, n'ont opéré qu'en présence d'accidents graves. Lawson Tait, qui l'a employée une fois dans la seconde moitié de la grossesse, y a renoncé absolument dans la suite; il la considère comme un procédé moins scientifique et plus dangereux que la laparotomie. La question, du reste, a été bien résumée par Herman¹, qui a réuni trente-trois cas d'élytrotomie. La plupart de ces observations pourtant se rapportent à des époques assez avancées de la grossesse ectopique. Nous aurons occasion de les considérer à propos du traitement après la rupture du sac. (Nous supposons toujours que toute grossesse ectopique avancée est secondaire, c'est-à-dire qu'il y a eu rup-

1. *Obstetrical Transactions*. London, Nov. 1887,

ture du sac tubaire.) Sur les trois cas de Thomas, O'Hara et Harrison il y eut un décès, et la malade de Thomas faillit mourir de péritonite. Les deux premiers firent leur incision avec le thermo-cautère, Harrison avec le bistouri. Ces résultats, dit Herman, ne parlent ni en faveur de l'opération ni en faveur du thermo-cautère. D'autre part, étant donné un cas de grossesse tubaire avec un sac libre d'adhérences (et selon Parry c'est le cas le plus ordinaire dans les premiers temps de la grossesse), il ne serait pas difficile pour un opérateur expérimenté de l'enlever par la laparotomie sans danger pour la malade. L'opérateur peut distinguer les organes au milieu desquels il opère ; il peut enlever le kyste complètement et fermer la plaie ; seul le passage de l'aiguille portant le fil de ligature pourrait léser les parties au-dessous du sac qui lui fournissent du sang. Dans l'opération vaginale l'opérateur ne saurait distinguer les structures qu'il traverse ; les vaisseaux qui nourrissent l'œuf lui arrivent du ligament large, c'est-à-dire d'en dessous. On ne saurait faire dans le kyste une incision permettant de le vider, sans léser un de ces vaisseaux. Ensuite il faut drainer le kyste, ce qui expose à la septicémie, dont la malade de Thomas faillit succomber. La péritonite qui enleva la malade de O'Hara prouve que l'opérateur ne peut pas être sûr de limiter son incision au sac fœtal.

L'opération de Thomas à cette période, ou toute autre opération vaginale, est donc beaucoup plus dangereuse qu'une section abdominale.

Mais comme la difficulté du diagnostic est la raison qui empêche d'arriver à une décision sur le mode de traitement, nous devons considérer quel sera le résultat de

l'intervention dans le cas où le diagnostic serait erroné. On peut avoir affaire à un petit kyste de l'ovaire, à une trompe dilatée, à un fibrome, à une masse de matière fécale, à une hématocele, à une anse intestinale ou à des adhérences, sans parler d'autres états plus rares. Si c'est une laparotomie que l'on a faite, on aura adopté le meilleur traitement de plusieurs de ces cas, et la malade aura profité de l'opération malgré l'erreur de diagnostic. Dans les autres on se rendra compte de l'état des choses et on ne fera aucun mal. D'un autre côté, le danger auquel on expose la malade en pénétrant avec le thermo-cautère dans une des tumeurs dont il est question, est plus qu'évident.

Les faibles avantages énoncés par Thomas et d'autres en faveur de l'élytrotomie ne sauraient infirmer ces conclusions, qui condamnent absolument l'incision vaginale du kyste fœtal, dans les premiers temps de la grossesse ectopique. Pozzi n'admet pas l'opération à cette époque, il la croit très inférieure à la laparotomie. Il n'aurait recours à l'élytrotomie que dans la seconde moitié de la grossesse. Quant à l'opinion de Thomas, que l'opération est facilement praticable, on pourrait répondre que les meilleurs opérateurs trouvent difficile et risqué d'aller opérer au fond du vagin, où l'on ne peut pas être sûr de ce que l'on fait. Elle ne donne pas un jour suffisant pour se rendre maître de l'hémorrhagie qui est à redouter¹.

Enfin quand nous aurons l'occasion de considérer la valeur de l'élytrotomie dans la seconde moitié de la grossesse, on verra le peu de faveur dont jouit cette opération. Les inconvénients qu'elle comporte à cette époque ne sont que plus grands dans la période embryonnaire de la grossesse ectopique.

1. Pozzi, loco cit.

CHAPITRE II

(b). Traitement au moment de la rupture : hémorrhagie intrapéritonéale.

En 1886, au moment où Maygrier écrivait sa thèse, la question de la conduite à tenir en face de la rupture d'une grossesse ectopique était encore discutée. Werth et Veit, qui opèrent avant la rupture, s'abstiennent en face de l'hémorrhagie; Barnes trouvait des raisons puériles pour s'opposer à la laparotomie; Tait seul, comme nous le verrons, avait eu le mérite d'opérer dans ces circonstances souvent tragiques. Voici comment Maygrier résumait la question :

« Nos éléments d'appréciation sur la valeur de la laparotomie pratiquée au moment de la rupture du kyste reposent presque uniquement sur la statistique de Lawson Tait. Or, quelque brillante que soit cette statistique, il est évidemment nécessaire que la méthode se généralise et que d'autres chirurgiens lui apportent l'appui de leur expérience, pour qu'il soit possible de porter sur elle un jugement définitif »¹.

Ce jugement définitif, nous le trouvons formulé par Pozzi : « On peut dire que la question du traitement à faire en pareil cas, discutable il y a quelques années, ne l'est plus aujourd'hui. » On ne doit donc plus laisser se produire ces scènes tragiques, où la femme mourait de rup-

1. Pozzi, *Gynéc.*, 838.

ture et hémorrhagie interne, sans que personne étende la main pour la sauver. C'est une page intéressante de la chirurgie moderne, qui compte déjà beaucoup de triomphes, que celle où l'on constate les incidents par lesquels Lawson Tait fut conduit à tenter cette opération. Il eut son premier succès en 1885. Parry en 1878 écrivait ainsi :

« Depuis le milieu du onzième siècle, quand Albucasis décrit le premier cas connu de grossesse extra-utérine, on a regardé les pâles victimes de cette tragédie pendant que l'hémorrhagie foudroyante les emportait, sans chercher à les sauver. Assurément c'est là une anomalie qui n'a pas de parallèle dans toute l'histoire des traumatismes humains. Le fait semble incroyable, pourtant, si l'on a sauvé une existence par l'intervention active; on peut le signaler fièrement comme le seul fait qui existe. Dans tout le domaine de la chirurgie — car ce n'est que là que nous puissions nous adresser — il n'existe pas de champ comme celui-ci. Voilà un accident mortel s'il y en a un. »

Le seul remède que l'on puisse proposer pour sauver la femme dans ces circonstances — c'est la gastrotomie — ouvrir le ventre, lier les vaisseaux saignants, ou bien enlever le sac. C'est au D^r Harbert, selon Parry, qu'est dû l'honneur d'avoir le premier proposé la gastrotomie pour aller à la recherche de la source du sang. Pozzi attribue à Keller le mérite d'avoir formulé les indications du procédé et attiré là-dessus l'attention des praticiens. Il constate que plusieurs auteurs admettent et même conseillent cette pratique, sans qu'aucun opérateur ait eu la hardiesse de l'adopter. « La grande difficulté, ajoute Parry, c'est l'incertitude du diagnostic. » Lawson Tait, qui cite spécialement ces der-

niers mots de Parry, s'élève contre cette pratique d'abstention : jusqu'en 1878 tous les traités de chirurgie abdominale ont répété la même phrase : « Même aujourd'hui, il y en a qui voudraient nous empêcher d'agir ».

« Quant à moi, dit-il, il y a longtemps que je me suis émancipé de ces liens. Quand je trouve ma malade en danger de succomber à une affection abdominale qui, sans paraître absolument mortelle, ne permet pas de faire un diagnostic précis, j'ouvre le ventre, et alors il m'est possible et de faire ce diagnostic précis et d'instituer un traitement approprié. »

Lawson Tait érige l'exploration en principe qu'il appliquerait également à l'abdomen. Nous avons remarqué que Maygrier, dans sa thèse, admet aussi l'incision exploratrice pour les cas douteux.

Lawson Tait opéra son premier cas en 1883. Il fut appelé auprès d'une femme sur le point de succomber à une hémorrhagie abdominale. Il conseilla l'intervention immédiate. On trouva le fœtus au milieu d'une masse de caillots et d'anses intestinales. Le placenta, incomplètement chassé du sac, était en partie adhérent aux intestins. Ces adhérences donnèrent lieu à une hémorrhagie abondante, malgré le soin que l'on mit à les décoller.

« Je perdis beaucoup de temps, dit-il, en voulant arrêter cette hémorrhagie; de sorte que ma malade était à toute extrémité à la fin de l'opération. Elle respirait encore en arrivant à son lit, voilà tout ce que l'on peut dire. Je réfléchis beaucoup sur ce cas, car je pris à cœur cet insuccès, parce que je comptais sur un triomphe. Je ne mis pas longtemps pourtant à me convaincre que j'avais fait fausse route : il aurait fallu séparer les adhérences rapidement

malgré le sang, et atteindre au plus vite la source de l'hémorrhagie, le ligament large, le lier à sa base, quitté ensuite à enlever les caillots et les débris de l'œuf à mon aise.

« Voilà la conduite que j'ai suivie maintenant dans trente-neuf cas, dont un seulement suivi de mort¹. »

L'auteur se loue avec justice de ce succès merveilleux; il constate que son exemple a été suivi avec un succès général.

Le 20 août 1889, L. Tait opéra un cas dont il est question dans un discours qu'il prononça à l'ouverture de la séance (*Prov. Med. Journal*, Nov. 1889), de la *Northumberland and Durham Medical Society*. C'était le quarante-septième cas de ce genre qu'il avait opéré.

En voici sommairement les détails, qui sont intéressants parce que l'observation est typique. « A une heure de l'après-midi, le Dr Nelson, de Birmingham, me fit appeler auprès d'une malade (âgée de 26 ans) qu'il avait vue le matin. Elle se plaignait d'une douleur violente dans la partie supérieure de l'abdomen, douleur qui augmenta d'intensité et aboutit au collapsus. L'anémie aiguë, les symptômes classiques d'hémorrhagie abdominale, et le fait d'un retard dans la menstruation, firent penser à la rupture d'une grossesse tubaire. On amena la malade immédiatement à l'hôpital, où je confirmai le diagnostic. J'ouvris le ventre; au dire d'un des spectateurs, le sang coula comme si l'on eût ouvert une bouche d'eau. Négligeant pour le moment le sang et les caillots, je me dirigeai droit au fond de l'utérus, et je constatai bientôt la présence d'une grossesse tubaire siégeant

1. *Prov. Med. Journal*, nov. 1879.

à droite. Je plaçai rapidement une ligature; on procéda ensuite à enlever le sang et les caillots, et on ferma l'abdomen en y plaçant un drain. La femme ne perdit plus une goutte de sang, Voici les suites de l'opération. A cinq heures, temp. 36°, pas de pouls perceptible, excepté dans la région sus-claviculaire. Pupilles largement dilatées — le seul signe de vie est donné par le diaphragme qui se contracte lentement. La face est terne et blême. A onze heures, la température est montée à 38° — mais le pouls radial ne se montrait point encore. — Ce ne fut que trente-huit heures après l'opération que l'on a pu apprécier le pouls. La guérison ne tarda pas à se faire. »

Ce sont là de trop beaux succès pour qu'ils restent inattaqués. On a souvent reproché à Lawson Tait le manque de preuves à l'appui de ses diagnostics de grossesse extra-utérine. A ce propos, il fait remarquer en effet que le fœtus n'a été trouvé que dans une certaine proportion de ces cas. Mais on a toujours constaté des restes de placenta ou des villosités choriales dans la paroi du kyste. On a prétendu aussi que l'on a exagéré la fréquence et la gravité de la grossesse tubaire. Nous l'avons constaté en commençant, à propos du cours de Matthews Duncan. A ce propos, M. Bland Sutton, de Middlesex Hospital, a bien voulu me communiquer les détails de la discussion qui s'éleva à la suite de la présentation qu'il fit à la Medical and Chirurgical Society de Londres, d'un cas de grossesse ectopique, avec rupture intra-péritonéale. Je passerai sur la théorie qu'invoqua Bland Sutton pour expliquer la rupture dans cette occasion — la théorie d'un œuf apoplectique — pour arriver aux faits. Il s'a-

gissait d'une femme, mariée depuis dix-sept ans, qui n'avait jamais été enceinte. La rupture était intra-péritonéale, et s'accompagna d'une abondante hémorrhagie. On opéra sept semaines après. On trouva un œuf apoplectique et un fœtus. L'auteur observa que l'on ne doit pas conclure qu'une hématocele intra-péritonéale est due à la rupture d'une grossesse tubaire, ainsi que le veulent plusieurs auteurs, sans pouvoir démontrer, comme c'est ici le cas, la présence, dans la collection sanguine, d'un fœtus, des membranes, ou de tous les deux. L'opération faite sept semaines après la rupture, prouve que l'hémorrhagie, dans ces cas, n'est pas nécessairement mortelle.

Quant à ceux qui affirment que le fœtus est facilement et rapidement absorbé, M. Sutton pouvait en montrer un qui était resté pendant sept semaines dans le péritoine sans subir le moindre changement, même dans ses parties les plus délicates.

Je ne vois pas dans ces remarques de Bland Sutton des objections sérieuses aux idées de Lawson Tait. Ne subissait-il pas en ce moment l'influence de ceux qui se sont toujours montrés hostiles aux théories de cet auteur? Lawson Tait a toujours démontré des débris placentaires dans les caillots enlevés à l'opération. De ce que le fœtus en question était intact au bout de sept semaines on ne peut rien conclure; c'est que le péritoine était malade, et un péritoine malade n'absorbe pas. La théorie de l'œuf apoplectique, invoquée par Bland Sutton lui-même, prouve qu'il se produit d'abord des hémorrhagies partielles. Plus tard elles augmentent et déterminent la rupture. La première hémorrhagie qui

succède à la rupture n'est pas nécessairement mortelle. Elle l'est certainement dans un très grand nombre de cas, mais dans certains cas elles peuvent se succéder à des intervalles d'un mois ou même plus. Ceci doit être surtout vrai quand il s'est formé préalablement des adhérences, fait qui semble avoir échappé à l'auteur. Le Dr Priestley approuva la conduite de M. Sutton en opérant, parce qu'il existait des probabilités de grossesse. Mais souvent la difficulté de distinguer entre l'hémorrhagie due à une rupture et une simple hématocele était très grande. Les preuves ne manqueraient pas que ces hématocèles laissées à elles-mêmes guérissaient parfaitement. C'était l'intervention souvent qui les faisait suppurer ; on est toujours à temps de les opérer quand la suppuration s'établit. Lorsqu'on a des raisons pourtant de croire à la présence d'une grossesse tubaire, il fallait opérer. C'est éviter à la malade une source d'inconvénients fâcheux : la mort par collapsus si l'hémorrhagie est abondante, d'une grossesse secondaire si l'œuf vient à se greffer de nouveau. Le docteur Priestley termina enfin en disant que souvent le seul signe qui permette de pouvoir soupçonner une grossesse tubaire, c'est la conviction de la femme qui se croit enceinte. En cas de doute il faut s'abstenir. Il cite l'exemple d'une dame, que l'on croyait enceinte, qui fut prise subitement de symptômes d'hémorrhagie. En face d'un état grave, on se décida à attendre le matin pour opérer. Avant ce moment son état s'améliora beaucoup. On crut à une erreur de diagnostic, mais quelque temps après on constata une grossesse extra-utérine à terme, et il fallut procéder à une opération plus grave.

Le Dr Mathews Duncan accusait les laparotomistes, sur-

tout M. Lawson Tait, d'opérer trop souvent pour ces cas de grossesse extra-utérine. Leurs nombreux succès pourtant permettraient dans l'avenir de poser des indications exactes sur la conduite à tenir. Ces enthousiastes ne voyaient dans une hématoçèle intra-péritonéale que l'hémorragie provenant de la rupture d'une grossesse tubaire, mais s'il était un fait bien établi en gynécologie, c'est l'existence de ces hématoçèles en dehors de la grossesse ectopique. Ce n'était pas chose rare chez les vierges. Mais si l'on croyait à l'origine de ces collections sanguines dans une rupture tubaire, et à leur terminaison fatale, certes il ne fallait pas hésiter, — il fallait opérer. La vérité pour lui, pourtant, n'était pas là. S'il existe un fait bien avéré, c'est l'épanchement intra-péritonéal de sang sans danger imminent pour la malade; beaucoup de ces cas guérissent autant que si on les eût opérés. Il avait, malgré cela, vivement conseillé l'opération dans ces cas, mais on l'avait refusé; ils avaient pourtant guéri. Enfin il serait vivement à souhaiter que l'on pût arriver à signaler les indications de la laparotomie ainsi que les cas où l'expectation s'imposerait comme traitement. A vrai dire, ce moment n'était pas encore arrivé. Le D^r Herman, le D^r Lee, le D^r Griffith, le D^r Heywood Smith, le D^r Cullingworth conseillent l'opération en cas de grossesse tubaire au moment de la rupture; mais le D^r Cullingworth constate la grande fréquence d'hématoçèles intra-péritonéales ayant pour origine un hémato-salpinx, la rupture d'une veine variqueuse, etc. Il n'est pas difficile de distinguer, dans ces discussions, les accoucheurs et les laparotomistes. L. Tait, dans la suite, fit souvent allusion à cette discussion. Il protesta contre la façon dont ses adversaires persistaient à mécon-

naître ses déclarations les plus précises. Ainsi le D^r Priestley fit la description d'un cas classique de grossesse intra-ligamentaire, sans vouloir l'admettre et avait l'air de prétendre que, dans un cas pareil, Tait eut conseillé l'opération. Or, nous avons constaté que ce sont justement les cas où il y a indication formelle de ne pas intervenir.

On pourrait encore répondre à ces objections que l'enkystement d'une grande collection sanguine dans la cavité péritonéale est douteux. Parry remarque, à propos des hémorragies mortelles consécutives à des ruptures tubaires : « S'il y a un fait qui nous frappe en examinant l'abdomen, c'est l'absence de péritonite. » Lawson Tait signale la quantité de sang que peut fournir dans l'abdomen un petit vaisseau qui dans une plaie extérieure serait insignifiant ; le sang épanché dans la cavité péritonéale se coagule mal, parce qu'il est mélangé aux fluides sécrétés par la séreuse et qu'il ne subit aucune action hémostatique naturelle. Voilà pourquoi le drainage est le meilleur des hémostatiques. La syncope est le seul hémostatique que saurait ici employer la nature ; elles se succèdent, mais dans l'intervalle le sang s'écoule plus ou moins abondamment. Et ce moyen même est impuissant devant le médecin, qui se hâte de faire revenir sa malade, de lui donner des stimulants, ou d'activer la circulation, jusqu'à ce que sa malade meure ou que le chirurgien, appelé trop tard, hésite à faire une opération qui le discréditerait.

Non, comme dit Pozzi dans le passage que j'ai cité, il ne faut pas temporiser ; mieux vaut faire quelques erreurs de diagnostic que d'abandonner des castels que ceux cités par Tait, Veit, Werth, Martin et tant d'autres, où l'on trouve à l'autopsie des quantités de sang énormes épanché dans

l'abdomen. Que la cause de l'hémorrhagie soit une hémato-salpingite comme le dit Cullingworth, mieux vaut encore probablement opérer. Cette trompe, après tout, est malade, elle peut suppurar et plus tard, se convertir en pyo-salpinx et exiger alors l'extirpation.

Mais la grande raison pour opérer, comme le dit Lawson Tait, c'est l'indication donnée il y a déjà longtemps, c'est la loi chirurgicale invoquée par Pozzi. Quand on se trouve en face d'une hémorrhagie, il *faut aller à sa source*. Pourquoi le ligament de Poupart serait-il une barrière au delà de laquelle cette loi ne s'appliquerait plus? Pourquoi mes confrères pourront-ils lier la branche externe de l'iliaque et ne me serait-il pas permis d'appliquer une ligature à la branche interne? Enfin la meilleure réponse que l'on peut faire à ceux qui hésitent encore, c'est de citer les cas de plus en plus nombreux où l'intervention immédiate a sauvé tant d'existences vouées inévitablement à la mort.

Conduite à suivre en attendant l'opération. — Veit conseille de comprimer l'aorte comme moyen d'arrêter l'hémorrhagie. C'est le traitement proposé par Playfair. Sir Spencer Wells le veut bien, mais en attendant la laparotomie. En effet, la rupture n'est mortelle qu'au bout de quelques heures; on a le temps d'opérer, mais s'il faut attendre un chirurgien, ou si la malade est dans un état de collapsus profond, il faut essayer de la ranimer. Il est vrai que la stimulation aussi est dangereuse, et l'état de shock ne serait pas, au dire de certains chirurgiens, une contre-indication de l'opération immédiate. Ainsi Dennis de New-York et Price de Philadelphie opèrent de suite sans

1. Lawson Tait, *Diseases of Women and Abdominal Surgery*.

attendre la disparition du shock. Dans un cas où la malade était « sans connaissance, sans pouls, où la circulation avait à peine la force de faire saigner une large plaie de l'épiploon, » elle *revint* à elle rapidement après qu'on eut rempli l'abdomen d'eau tiède, de sorte qu'on a pu administrer le chloroforme et opérer au bout de dix minutes. Ils donnèrent aussi des lavements de whiskey chauds.

On a proposé la transfusion du sang, mais les injections salines sont préférables. Je les ai vues employées pour le traitement du choléra à l'hôpital du Pharo à Marseille en 1884. Les malades cyanosés, algides, presque sans pouls, entraient rapidement en réaction sous leur influence¹. On peut sans inconvénient répéter l'injection plusieurs fois en vingt-quatre heures. Le lieu d'élection pour les injections est la paroi abdominale. Les tissus absorbent d'autant plus facilement que la quantité de sang perdue par l'organisme leur fait défaut. On peut administrer concurremment la caféine ou la digitale pour stimuler l'action cardiaque et diurétique. Il est vrai, cette amélioration n'était que passagère, mais c'est ce que l'on demande dans les cas qui nous occupent. Les injections d'éther, de cognac sont les moyens toujours employés, les injections de nitro-glycérine seraient un moyen puissant, d'après le Dr Lackustein (*Arch. für Gynäk.*, juillet 1888). On injecterait de l'atropine dès que les effets de la nitro-glycérine se feraient sentir.

1. Le Dr Gaudin me signale un moyen simple et rapide indiqué par Koecher d'introduire une grande quantité d'eau dans le système circulatoire, ce qui équivaut absolument à une transfusion. Le procédé consiste dans l'injection sous-cutanée d'une solution saline stérilisée 7,5 p. 1000 de NaCl) au moyen de l'appareil Potain en s'en servant pour refouler le liquide. On doit injecter un litre à la fois, cela dure un quart d'heure en moyenne.

*Technique de l'opération dans le cas de rupture
intra-péritonéale.*

Incision de 5 centimètres sur la ligne médiane entre le pubis et l'ombilic. Hémostases par pinces hémostatiques. En ouvrant l'aponévrose, diriger la pointe du bistouri *en avant*. Soulever le péritoine, l'inciser juste assez pour permettre l'introduction du doigt et compléter l'incision avec les ciseaux. De cette façon les intestins ne risquent rien, l'air pénètre par la première incision et les intestins s'affaissent. Si l'épiploon paraît, il faut le repousser avec les doigts. On se dirige de suite à l'utérus, sans se laisser arrêter par le sang et les caillots que l'on aperçoit probablement dès l'incision faite. On explore les trompes. Le sac tubaire fœtal variera de dimension selon le degré de développement du fœtus, et sa consistance variera selon que l'œuf aura été expulsé. — On le retire, on cherche la déchirure. On cherche à pédiculiser la tumeur et on lie par le nœud de Lawson Tait, simple ou double, ou par la ligature en chaîne si le pédicule est large. On enlève tout le sac. L'œuf est rarement complet; le placenta reste généralement dans le sac, mais on peut le trouver avec le fœtus libre dans les caillots. On enlève avec les mains, autant qu'on le pourra, tous les caillots de la cavité péritonéale, puis on fait un lavage avec de l'eau tiède stérilisée, et on éponge avec de la gaze. Pour bien faire la toilette du péritoine il faudra peut-être élargir l'incision. On protégera les intestins par une compresse-éponge (Pozzi) pendant que l'on place les sutures. On enlève l'éponge, et on lie. La suture en trois temps, telle qu'elle est décrite par Pozzi, donne une cicatrice très nette et très résistante.

CHAPITRE III

Grossesse extra-utérine. Variété intra-ligamentaire.

Nous avons eu déjà l'occasion de dire plusieurs fois pourquoi la rupture intra-ligamentaire est une terminaison relativement heureuse d'une grossesse tubaire. Au point de vue du traitement, il est de la plus grande importance de pouvoir distinguer entre les deux variétés de rupture; en effet, autant l'intervention doit être prompte et décisive dans le cas qui vient de nous occuper, autant doit-elle être prudente dans la rupture extra-péritonéale. On ne doit intervenir, en somme, que quand l'épanchement prend des dimensions telles qu'il menace de déchirer les parois du ligament large et de faire irruption dans la cavité péritonéale.

Peut-on distinguer entre ces deux genres d'hémorrhagie? Lawson Tait et beaucoup d'autres qui ont eu l'occasion d'observer les deux variétés, prétendent que le diagnostic se fait sans difficulté. Voici d'après quelles données¹ : l'épanchement intra-péritonéal se traduit par des signes physiques pour ainsi dire négatifs. La palpation pratiquée avec ménagement donne de la fluctuation obscure, très difficile à apprécier, même avec un épanchement considérable; la percussion renseigne peu : ici de la matité, là de la sonorité, mais rien de caractéristique. Au toucher vaginal, le cul-de-sac de Douglas donne une sensation

1. *Provincial Medical Journal*, Nov. 1889.

mollasse, mais là encore rien de bien défini dans une sensation d'une appréciation délicate. Mais les rapports n'ont pas subi de changements, ce qui est utile à constater. L'épanchement intra-ligamentaire, au contraire, se traduit par des signes positifs. D'abord on trouve dans la région pelvienne une tumeur lisse, arrondie, rénitente, pouvant atteindre même presque le niveau de l'ombilic. C'est le ligament large disséqué, soulevé par l'effusion sanguine. La fluctuation est manifeste. A l'examen du bassin, on trouve une disposition qui est absolument caractéristique. Les organes sont immobilisés, l'utérus forme le centre d'une voûte qui s'appuie sur les parois du bassin, comme les arcs-boutants d'une crypte normande se perdent sur les colonnes qui les supportent. Ces diverticules d'induration indiquent où le sang est allé fouiller dans le tissu cellulaire du bassin. C'est comme si on eût coulé du plâtre entre les couches pelviennes. La constriction du rectum, phénomène dû à la disposition du ligament large, ne manquera pas de se produire, surtout si l'épanchement se fait à gauche. Le ligament large, en effet, s'insère de chaque côté du rectum¹. Le rétrécissement est donc annulaire, ce qui, du reste, le rend réfractaire au traitement. Ces épanchements, disons-le en passant, mettent plusieurs mois à se résorber.

Je n'ai parlé ici que des signes que l'on constate à l'examen du bassin; on comprend facilement que les signes généraux par lesquels se traduit l'hémorrhagie seront autrement graves dans un cas que dans l'autre.

1. Déjà, à une époque où la grossesse abdominale seule était admise, on avait signalé la présence fréquente, dans les grossesses extra-utérines, des troubles de la défécation et des empreintes rectales.

Il s'agit, dans la première variété, de la rupture « *dramatique* » ; la femme est prise d'une douleur violente qui s'exaspère de plus en plus ; sa face traduit la pâleur de la mort, et se couvre d'une sueur froide — le pouls disparaît — puis surviennent des hoquets et des vomissements — c'est le tableau du collapsus abdominal de Barnes, la rupture *cataclysmique*¹ ! La seconde rupture se traduit par des phénomènes analogues mais moins alarmants ; on comprendra pourtant qu'ils doivent varier beaucoup d'intensité. Aussi, dans l'observation de Thomas que je rapporte, il s'agit d'une rupture intra-ligamentaire, où les symptômes d'hémorrhagie se sont présentés à plusieurs reprises, avec des exacerbations alarmantes, ce qui est en rapport avec la distension progressive des deux feuilletts du ligament large. D'autres fois la rupture est presque silencieuse, comme dans l'observation de Pinard rapportée dans les Annales de Gynécologie¹. Il doit être difficile, malgré les affirmations de Lawson Tait, pour le médecin inexpérimenté, de prendre une décision en face d'un accident réservant des éventualités si différentes. Les ressources de la chirurgie moderne pourtant sont telles qu'il n'est plus permis d'hésiter devant une erreur possible de diagnostic. Si, alarmé par l'intensité de l'hémorrhagie et la difficulté d'examiner la malade en proie à des douleurs violentes, on se déciderait à faire une laparotomie, la première incision montrerait la nature de l'épanchement. On pourrait alors refermer la plaie ou, si on a pénétré dans le kyste, le vider, quitte à faire, comme le recommande Pozzi, le tamponnement hémostatique avec la gaze iodoformée. Le

1. Annales de Gynécologie. Avril 1889.

traitement auquel a eu recours Thomas dans l'observation citée, est celui indiqué dans les cas ordinaires d'hémorrhagie, c'est-à-dire de la tranquillité absolue, des applications de glace, des boissons glacées, des injections de morphine, etc. Quoique le diagnostic n'eût pas été fait, c'était par hasard le traitement indiqué en pareil cas.

*Traitement depuis la rupture primitive ou rupture
tubaire jusqu'à terme.*

On a supposé que la proportion de ruptures se faisant entre les feuilles du ligament large serait d'un quart environ. L'œuf entouré de caillots pourra former une hémato-cèle extra-péritonéale, que l'on ne distinguera pas d'une hémato-cèle provenant d'une autre cause quelconque, à moins plus tard de distinguer les bruits du cœur fœtal. L'embryon meurt le plus souvent et peut être résorbé avec la collection sanguine. Mais le kyste peut suppurier et devenir un abcès du ligament large, qui s'élimine en expulsant des restes fœtaux. Rarement ce dernier survit. L'embryon s'insinue alors peu à peu entre les feuillets du ligament large exactement comme un kyste parovarien ; il soulève et se coiffe du péritoine et le distend à un degré que l'on aurait de la peine à concevoir, sans réfléchir à ce qui se passe en effet dans une grossesse normale. Les sections faites sur des cadavres congelés par Berry Hart et Carter d'Édimbourg¹ démontrent cette disposition du péritoine d'une façon évidente. Une de ces sections, une section sagittale, montre une grossesse intra-ligamentaire, devenue sous-péritonéo-abdominale, en ayant décollé et distendu le péritoine jusqu'à la hauteur du pancréas. Les parois latérales et postérieures du bassin se trouvaient dénudées de séreuse, ainsi que la face postérieure de l'utérus, et une partie de la paroi antérieure de l'abdomen. Il ne reste du péri-

1. *Edinburg Medical Journal*, 1887.

toine pelvien, qu'un long cul-de-sac en doigt de gant qui s'étend entre une corne de l'utérus et le trigone vésical.

Voilà comment ces grossesses, qui dans le temps étaient prises pour des grossesses abdominales, peuvent évoluer parfaitement jusqu'à terme. On comprend pourtant que ce développement ne se fasse pas sans certains risques. En effet, la rupture secondaire peut se déclarer à un moment quelconque, et à moins que le kyste n'ait contracté des adhérences ou se soit doublé de fausses membranes, elle aura toute la gravité d'une rupture primitive intra-péritonéale.

Il ressort de ces considérations que le traitement d'une grossesse intra-ligamentaire depuis le moment de la rupture primitive jusqu'à la viabilité ou la mort de l'enfant sera un traitement d'expectation. Nous avons dit en effet qu'à moins de suppuration il ne faut pas intervenir quand il s'est formé une hématoçèle du ligament large. Ces collections sanguines se résorbent plus ou moins rapidement; l'intervention est même dangereuse. On est souvent tenté de les ponctionner, procédé qui a pour résultat de diminuer justement la tension qui produit l'hémostase. On doit traiter les symptômes, diminuer la douleur par des palliatifs, soulager par des moyens appropriés la constipation due à l'obstruction rectale, et veiller à la rétention d'urine résultant également de la compression.

Si la suppuration s'établit, il faut opérer, que la poche soit de faible dimension comme elle a les chances de l'être bientôt après la rupture, ou qu'elle ait atteint les dimensions suffisantes pour renfermer un fœtus de quatre ou

cing mois, époque à laquelle beaucoup de ces fœtus cessent de vivre. Ces abcès s'éliminent aux lieux d'élection des abcès ordinaires du ligament large, ce qui montre, dit Lawson, où ils se trouvaient. Il faut opérer, disons-nous, pour empêcher cette élimination spontanée par une fistule qui peut être interminable.

L'incision doit toujours porter au-dessus du bassin. Les résultats fournis par ce procédé, dans les mains de Lawson Tait, montrent qu'il est supérieur à ceux employés précédemment. Si l'élimination spontanée s'établit, on peut la favoriser en élargissant la poche, et enlevant prudemment les restes fœtaux qui peuvent se présenter. On fera aussi des fréquents lavages antiseptiques de la poche.

La rupture secondaire, souvent due, comme la rupture tubaire à la mort du fœtus, est un accident grave, à cause de l'hémorrhagie, et parce que le fœtus est souvent macéré et subit un commencement de décomposition. La malade de Nonat, citée par Lawson Tait, succomba à la rupture secondaire d'une grossesse intra-ligamentaire. Le diagnostic « d'hématocèle intra et extrapéritonéale accompagnée probablement de grossesse extra-utérine, porté par Goupil ou Nonat, Lawson Tait le considère « comme un des plus brillants qui ait jamais été fait ».

L'observation suivante (obs. V) fournit un exemple notable d'une complication de ce genre. Elle est tellement complète que je puis me dispenser d'entrer dans d'autres détails sur la conduite à tenir dans ces cas, ainsi que d'indiquer la technique de l'opération lors d'une rupture secondaire. On remarquera que le placenta fut enlevé et l'hémorrhagie arrêtée par ligature. C'était une circonstance heureuse que d'avoir pu le faire; souvent on a dû le laisser,

ou bien on a été forcé d'avoir recours, pour éviter l'hémorrhagie, à des styptiques tels que le vinaigre, du perchlorure de fer ou bien employer le thermo-cautère. On a pu aussi fermer la poche en laissant seulement un drain. On pourrait substituer au drain ordinaire, avec avantage probablement, un drain de gaze iodoformée. Si le kyste eût été plus volumineux, on aurait dû suturer les bords de l'incision à la plaie abdominale. Nous verrons, à propos de certains kystes fœtaux à terme, que la *marsupialisation*, ainsi qu'on l'a désignée d'une façon si pittoresque, offrirait certains avantages¹.

Observation de la variété intra-ligamentaire de grossesse extra-utérine. Rupture; guérison.

T.N. Thomas M.R.C.S, L.R.C.P. (*Lancet* 24 août 1889.)

M. K..., femme de boucher, mariée en septembre 1885. Après son mariage elle n'eut ses règles qu'une fois avant de devenir enceinte. Fausse couche en décembre, sans qu'elle ait pu savoir la cause occasionnante, si ce n'était la nature de son travail qui l'obligeait à rester debout derrière le comptoir pendant plusieurs heures de la journée. Après sa fausse couche, malgré la présence d'une légère perte, elle continua son travail. La perte s'arrêta et elle eut ses règles normalement en février 1886. Nouvelle grossesse qui arriva au huitième mois, mais elle accoucha prématurément en octobre. — L'accouchement fut très laborieux, — les eaux s'écoulèrent le jour précédant la naissance de l'enfant. Le travail dura deux jours et demi; application infructueuse du forceps. La malade se remit assez bien

1. Pozzi, loc. cit.

mais l'enfant, toujours chétif, succomba bientôt en décembre. Les lochies cessèrent au bout de quinze jours, et les règles arrivèrent un mois plus tard. Mais elles durèrent davantage, quoique la quantité de sang n'augmentât pas. A la suite de ses dernières règles en février 1887 elle se crut enceinte, et en effet elle ne les eut pas en mars. En avril 1871 elle consulta son médecin. « Sa matrice semblait lui peser et vouloir descendre » depuis le 16, et le 20 elle s'aperçut de quelques gouttes de sang tachant son linge. Le 23 avril elle fut saisie d'une violente douleur dans la région hypogastrique, qui dura une heure et puis cessa. Même crise le jour suivant. La perte persistait toujours légèrement. Le 25 la douleur revient de nouveau, dure jusqu'à trois heures de l'après-midi, quand le médecin arriva. La malade accusait une douleur intense au-dessus du pubis et sur le côté. Pouls bon. Rien d'anormal appréciable au toucher et à la palpation de la région douloureuse. La douleur persista du 25 au 27. Ce jour, à huit heures du soir, elle subit une violente exacerbation.

On la croyait sur le point de succomber. C'est alors que je fus appelé. Elle était dans le collapsus (pâleur extrême, pouls filiforme, extrémités froides, etc.), elle avait eu des nausées suivies de vomissements. L'abdomen, très douloureux au toucher, ne permettait pas de faire un examen. On eut recours aux mesures ordinaires dans ces cas, en attendant la fin de la crise. Le jour suivant on put constater une tumeur au-dessus du bassin remplissant le côté iliaque gauche. La douleur à partir de ce moment diminua. Le 30 elle expulsa une caduque volumineuse, ayant la forme de la cavité utérine. La perte alors cessa, pour reparaître pendant quelques jours et cesser de nouveau défini-

tivement. L'hématocèle se résorba rapidement, et la malade guérit sans nouvel incident.

*Observation d'un cas de grossesse extra-utérine guérie
par la laparotomie, hémorrhagie intra-péritonéale
secondaire.*

G. Elder M.D, Lancet, 1^{er} février 1890.

Vers la fin de juin 1889 le Dr Fletcher de Derby me pria de voir avec lui Mme C., âgée 33 ans, qu'il soignait depuis quelque temps pour une tumeur abdominale qui augmentait progressivement de volume. Voici les commémoratifs. Cette dame, qui eut ses règles pour la première fois à 15 ans, les vit revenir régulièrement jusqu'à une époque qui précéda de quelques mois son mariage à 20 ans. Bientôt après elle eut son premier enfant. L'accouchement se compliqua de placenta adhérent suivi de métrorrhagie, qui dura pendant plusieurs mois. Le père de l'enfant mourut quand ce dernier avait quatre ans et la mère se maria de nouveau il y a cinq ans. Peu avant ce second mariage cette dame dut passer quelques semaines à l'hôpital pour une inflammation du bassin. Sa bonne santé habituelle lui manqua en juin 1888, non pas à cause de son état général, mais à la suite de douleurs localisées au bassin, qui l'empêchaient du reste de vaquer à ses occupations de ménage. La menstruation fut normale jusqu'en janvier 1889; depuis ce moment il s'est produit des pertes sanguines utérines accompagnées de douleurs expulsives. L'association de nausées matinales, des faiblesses fréquentes et l'accroissement du ventre, l'engagea vers le

commencement du mois de mai à consulter le Dr Fletcher, qui, trouvant un état qui ne permettait pas d'arriver à un diagnostic précis, conseilla l'expectation. A partir de ce moment jusqu'au mois de juin, époque à laquelle je me rendis auprès d'elle, elle fut obligée de garder le lit. Elle était prise souvent de douleurs expulsives extrêmement aiguës, suivies de pertes sanguines, de collapsus avec tympanisme; la douleur abdominale s'accusait au toucher. Il fallut avoir recours à des doses élevées d'opium, fréquemment renouvelées, circonstance qui, ajoutée probablement à des troubles réflexes, diminua l'appétit et provoqua des vomissements. Ce fut à ce moment que je la vis. Voici ce que j'ai pu constater. Une tumeur abdominale distincte, qui sur la ligne médiane, s'étendait depuis la symphyse pubienne jusqu'à 5 centimètres au-dessous de l'ombilic, et de ce point à chaque côté vers les épines iliaques antéro-supérieures, à gauche se terminant à 2 centimètres derrière l'épine, à droite un peu plus haut. A l'exception de la limite supérieure où l'on constatait des signes d'adhérences intestinales, il y avait de la matité. La tumeur immobile, à surface irrégulière, donnait à la palpation la sensation d'un myôme succulent. Le toucher vaginal permet de constater le col fortement repoussé contre la symphyse pubienne, tandis que le corps, augmenté de volume, se trouvait au-devant de la tumeur. Oblitérant le cul-de-sac postérieur et empiétant sur l'espace recto-vaginal, on sentait une masse pâteuse, qui formait évidemment la partie inférieure de la tumeur. Les seins, qui n'avaient pas grossi, sécrétaient un liquide clair et aqueux. L'état général laissait beaucoup à désirer; les hémorrhagies récurrentes, les attaques inflammatoires et les

troubles nutritifs trahissaient leurs effets par la blancheur des muqueuses et l'amaigrissement. Elle n'hésita pas à accepter l'opération qu'on lui proposa.

On fit la laparotomie le 8 juillet. L'incision dut passer à travers un péritoine épaissi et vasculaire, et on trouva l'épiploon très adhérent à la tumeur et très épais. Il fut enlevé et lié par segments. Au-dessous il laissa voir une masse lie de vin, avec l'utérus appuyé contre sa partie inférieure.

Le revêtement de cette masse se laissant facilement déchirer, on pénétra dans un amas de caillots plus ou moins anciens, et au milieu sur un fœtus âgé probablement de trois mois, et quelques fragments de caduque. Le placenta enlevé en entier avec le cordon, était logé dans une poche du ligament large. Une ligature jetée sur le lieu d'insertion permit d'empêcher l'hémorrhagie. Après un lavage complet on put se rendre compte de la disposition exacte du kyste. Le ligament large s'était déchiré, de façon que la partie supérieure et une partie de la paroi antérieure du kyste étant formée par de l'épiploon et une masse intestinale, un seul feuillet de ce ligament formait la base et les côtés. On inséra un drain et on ferma comme à l'ordinaire.

Le soir de l'opération, la malade accusa des douleurs utérines violentes, qui aboutirent à l'expulsion d'une membrane caduque. Elle eut une selle abondante le troisième jour; on enleva le drain le cinquième jour, et le 3 août la malade était guérie. Température normale pendant toute la convalescence, excepté vers le quatorzième jour. Un peu de suppuration là où se trouvait le drain la fit monter à 38°.

Cette observation fournit un excellent exemple de ce que l'on observe ordinairement dans ces cas de grossesse ectopique, c'est-à-dire une période de stérilité plus ou moins prolongée, résultat le plus souvent d'une affection inflammatoire des annexes. L'adhérence du placenta fut probablement le point de départ d'une salpingite septique, dont l'affection ultérieure accusée par la malade ne fut qu'une recrudescence. On ne saurait dire à quel moment eut lieu la rupture du ligament large. La grossesse, d'abord extra-péritonéale, devint intra-péritonéale par le fait de la distension progressive et la déchirure du feuillet interne du ligament large; il peut se faire que la rupture ait eu lieu lors des premières attaques à la fin d'avril. **

Soul le traitement chirurgical a pu convenir à cette malade; l'expectation aurait abouti fatalement à la mort, soit par hémorrhagie par la septicémie ou par l'occlusion intestinale.

CHAPITRE IV

Traitement de grossesse extra-utérine dans sa seconde moitié.

Les dangers de la gestation ectopique dans sa seconde moitié sont-ils tels que l'on soit appelé à intervenir avant la viabilité de l'enfant ?

Voilà une question comme tant d'autres dans le traitement de la grossesse extra-utérine, à laquelle il est assez difficile de répondre. Les uns, nous avons vu, opèrent dans toutes les circonstances, dès que le diagnostic acquiert de la certitude. Ce sont ceux qui partagent l'opinion de Werth, et ils sont nombreux. Ils ne font aucun cas des droits à la vie du fœtus ; le kyste est dangereux et il faut l'extirper. Les autres diront que le fœtus a déjà échappé aux dangers de la rupture tubaire, que l'enkystement dans le ligament large se fait souvent avec une tolérance remarquable, que l'opération à terme n'est pas plus dangereuse qu'elle ne l'est au cinquième mois ; que si donc la santé de la mère ne subit pas d'atteinte, il faut attendre la viabilité. Pourquoi priver un enfant de la vie quand la mère n'en retirera aucun profit ? Je crois que la même règle ne saurait s'appliquer à tous les cas ; beaucoup dépendra de la mère. Avant le cinquième ou sixième mois, on conseillera l'extirpation ; il semble imprudent et peu justifiable d'exposer la mère pendant plusieurs mois à toutes les éventualités d'une

gestation précaire. Après cette époque il y a lieu à reconnaître les droits de l'enfant à la vie. Si on s'arrête à cette dernière décision, il faut engager la mère à prendre toutes les précautions voulues, l'engager à éviter les fatigues, les efforts, toute cause enfin susceptible de provoquer la rupture secondaire ou la mort du fœtus.

Les trois observations rapportées par Pinard, et publiées dans les *Annales de Gynécologie* (avril 1889), nous montrent que ces grossesses peuvent évoluer jusqu'à terme sans grand danger pour la mère, puisque ces malades ont toutes subi plus tard une opération pour l'extraction du fœtus, et que la guérison n'a pas tardé à se faire. Remarquons en passant que ces trois cas fournissent des exemples de la grossesse *extra-péritonéale*. Chaque observation fournit un symptôme caractéristique. Les douleurs constantes dans la région hypogastrique (Obs. I), accusées plus tard avec plus d'intensité dans le petit bassin, le besoin constant d'aller à la garde-robe, la défécation douloureuse et difficile — indiquent le développement dans le ligament large d'une tumeur qui excite de la douleur par le soulèvement du péritoine, et des troubles dans la région rectale par la compression. La seconde malade (Obs. II) eut, dans les premiers temps de sa grossesse, des douleurs tellement violentes, qu'elle perdit connaissance. C'était le moment probablement de la rupture tubaire. La troisième (Obs. III) grossesse évolua d'une façon *silencieuse*, de sorte qu'une sage-femme expérimentée diagnostiqua au sixième mois une grossesse normale avec « présentation du siège ou fibrome ». La malade n'eut que quelques douleurs qui l'obligèrent à garder le repos pendant quelques semaines. Encore un caractère, négatif il est vrai, mais

souvent remarqué (Strahan)¹, de cette variété de grossesse ectopique. Cette absence de réaction appela l'attention de Pinard; il la constata avec surprise, parce qu'on s'attend toujours à quelques phénomènes péritonéaux en présence d'une grossesse « abdominale ». A l'ouverture de l'abdomen (car Pinard employa deux fois la laparotomie comme procédé opératoire), on incisa en effet le péritoine. Or, si on se reporte à ma description des coupes congelées de Berry Hart, on constatera que le diverticule du péritoine, qui s'étend comme un énorme doigt de gant depuis une corne de l'utérus jusqu'à la base de la vessie, serait forcément ouvert par une incision portant sur la ligne blanche. C'est à cause de cette disposition du péritoine dans les grossesses du ligament large que Lawson Tait conseille de faire l'incision plus ou moins parallèle à l'arcade crurale, c'est-à-dire sur les côtés de l'abdomen.

Le Dr Busch, dans un cas publié en février 1887 (Nouv. Arch. d'Obstét. et de Gynéc.), fit une incision de ce genre probablement parce que la tumeur proéminait sur le côté de l'abdomen. *Dès que l'on eut incisé la peau, on aperçut la tête fœtale.* On n'avait donc pas ouvert la cavité péritonéale.

Chez les trois femmes opérées par Pinard, les enfants étaient morts. Ces femmes, en effet, ne demandent en général à être examinées par un accoucheur adroit qu'après les incidents du faux travail. Ces faits devraient être plus rares. Ceci nous conduit à la considération du traitement qui convient à l'enfant ectopique qui atteint la viabilité

1. *Treatment and Diagnosis of Extra-Uterine Pregnancy*, p. 141 « Quand la femme se remet des effets de cette rupture primitive, qui souvent passe presque inaperçue. »

ou le terme normal de la gestation. Nous ne pouvons mieux faire que citer le résumé de Pozzi :

Grossesse extra-utérine après le cinquième mois, enfant vivant. « Le fait que l'enfant est vivant a une grande importance; mais il a été apprécié différemment par les auteurs. Les uns y voient surtout la possibilité de faire une opération qui sauve à la fois la mère et l'enfant. Les autres se préoccupent exclusivement de la mère et de la gravité plus grande de l'intervention quand la circulation placentaire est en pleine activité, et le fœtus est pour eux une quantité négligeable; comme il serait, a-t-on dit, fréquemment difforme, rarement viable, sa conservation ne saurait peser beaucoup dans la balance lorsqu'elle peut compromettre l'existence maternelle : celle-ci seule devrait être considérée. »

« Les partisans de l'opération primitive font au contraire remarquer que si l'opération faite après la mort du fœtus expose moins à l'hémorrhagie, elle expose davantage à la septicémie; celle-ci peut se montrer rapidement, avant que les deux mois nécessaires à la cessation complète de la circulation placentaire se soient écoulés, but que poursuit l'expectation et terme qu'elle s'est assigné. »

« Enfin on a sûrement fait trop bon marché de la vie du fœtus ectopique. On connaît maintenant des cas nombreux où il a parfaitement vécu. Si donc, par les progrès de la technique, on parvient à rendre les chances sensiblement égales pour la mère, que l'opération soit faite avant ou après la mort de l'enfant, la première conduite devra certainement être préférée. »

S'il y a une chose certaine, c'est qu'il est tout à fait

illusoire de vouloir décider la question d'après les statistiques fournies par les auteurs avant 1878. C'est le moment, en effet, où l'on commença à abandonner le « clamp », modification qui transforma complètement la chirurgie abdominale. Les opérations primitives entreprises avant cette époque n'étaient souvent, dit Lawson Tait, que des curiosités chirurgicales d'un genre passablement horrible. L'espoir du chirurgien était dans les adhérences qui vendraient isoler son sac de la cavité péritonéale. Ensuite on opérait sur des malades à toute extrémité; jamais le même chirurgien n'opérait deux fois. En somme, les conditions des malades même étaient telles à ne pas permettre de les associer dans une statistique. Elle était du reste désastreuse.

L'opération secondaire, c'est-à-dire après la mort du fœtus, donnait des résultats relativement excellents, ce qui se comprend puisque le kyste se trouvait isolé de la séreuse. On opérait très tard, parfois après la suppuration du kyste, quand d'abondantes adhérences étaient venues s'opposer à l'absorption putride. Mais on comprend que beaucoup de femmes mouraient avant d'en arriver là. En dressant les statistiques on a oublié ce fait important, ce n'est donc pas étonnant que l'opération après la mort du fœtus ait donné une mortalité bien inférieure à l'opération primitive. Parmi les femmes qui subirent l'opération primitive dans la liste de Parry, il y en a une qui avait eu des douleurs de faux travail depuis une semaine, et chez une seconde on avait fait pendant toute une journée des essais vigoureux d'extraction par le forceps! On s'attendra donc à une mortalité telle, qu'elle a motivé cette décision de la part de Parry : « Que l'opération primitive doit être condamnée de la façon la plus formelle ».

Pozzi a bien constaté l'inutilité aujourd'hui de ces chiffres de Parry. Les cas rassemblés par Maygrier en 1886 donnent 15 morts sur 17, soit 88 pour 100. De 1880 à 1886 Werth publie 8 observations avec 7 morts pour la mère, mais deux enfants étaient en parfaite santé à l'âge de trois mois. Les chiffres de Harris, 1888, sont plus encourageants. De 1880 à 1888, sur 10 observations, il compte 4 succès pour la mère et 6 pour l'enfant. Pozzi fait remarquer des succès progressifs dans la proportion de 9 femmes vivantes et 11 enfants viables sur 13 opérations (*Gynécologie* p. 861). Enfin Lawson Tait, au moment où j'écris, a sauvé 5 femmes et 3 enfants sur 7 opérations. Il croit que l'intervention opportune sauverait *tous* les enfants et la majorité des mères. Braun von Fernwald, 1 succès sur 2. « On voit, « dit Pozzi », comment dans toute laparotomie, on peut, avec la décision et l'expérience, venir à bout des difficultés opératoires. En outre on se rend compte de l'exagération évidente de ceux qui représentent les fœtus ectopiques comme presque fatalement voués à la mort par des difformités ou une faiblesse congénitales.

L'opération primitive est donc la seule admissible aujourd'hui; on doit opérer dans l'espoir de sauver les deux existences. Il n'y a à résoudre que le moment exact de l'intervention et le choix du procédé pour extraire le fœtus; la laparotomie ou l'élytrotomie.

Laparotomie primitive. — Enfant vivant.

Fraenkel, selon Pozzi, voudrait opérer avant terme entre huit mois et huit mois et demi. On a prétendu qu'il est préférable de ne pas attendre les phénomènes du faux

travail, parce que le fœtus succombe alors très rapidement. Une opération à ce moment serait tout à fait intempestive. Pour Lawson Tait au contraire, ce serait précisément le moment d'intervenir. « La mère doit être surveillée assidûment jusqu'au moment du faux travail, de même que nous surveillons un cas d'hystérectomie puerpérale et que nous saisissons pour opérer le commencement du travail, ou sa phase prodromique, comme étant le moment le plus propice pour la mère et pour l'enfant. »

Pour les raisons déjà exposées on fera l'incision à 5 ou 6 centimètres à droite ou à gauche de la ligne médiane. L'examen de la tumeur et les commémoratifs permettront de préciser le côté où se trouve la grossesse. On pourra, selon les cas, suturer le kyste aux parois abdominales, et l'ouvrir plus tard. On prendra un pied du fœtus pour l'extraire, en ayant soin de pas dilacérer le sac ou l'incision. Tait coupe le cordon près de son insertion, chasse autant que possible le sang du placenta, fait un lavage du sac avec de l'eau tiède pour chasser le sang, les caillots, etc., placé les sutures, fait un second lavage avec un trocart-siphon et fermé les sutures. Le trocart est laissé pour faire un dernier lavage, sans laisser pénétrer l'air avant de fermer le sac *hermétiquement*. C'est la conduite que l'on observe dans le traitement des kystes congénitaux. Le placenta se résorberait, paraît-il. Tait a enlevé deux fois le placenta, mais il a pu lier les pédicules, et maîtriser l'hémorrhagie formidable en se servant du perchlorure de fer. Tant que l'on pourra saisir le pédicule on extirpera le placenta. Il est souvent possible de lier un pédicule qui contient les vaisseaux allant au sac. Trois fois il laissa le placenta, et maintint l'incision ou-

verte, mais il eut des phénomènes septiques qui faillirent enlever les malades. Une seconde opération peut devenir nécessaire pour prévenir un accident pareil à celui qui est arrivé à la malade opérée par Champneys (*Obst. Trans.*, 1887). Un mois après l'opération elle fut prise de phénomènes de septicémie et succomba. On trouva le placenta presque libre dans le sac. On aurait pu l'extraire par une nouvelle incision. La décomposition du placenta est évidemment extrêmement dangereuse pour la femme pendant la période puerpérale. A un moment où par le fait des changements rétrogressifs dans les tissus, le sang est chargé de leucomaïnes et des ptomaïnes, l'addition d'un principe septique de putréfaction constitue un danger redoutable. Lusk prétend que le placenta est inséré sur la paroi abdominale une fois sur six, fait discuté par Tait, qui croit que ces insertions sont le plus souvent dans le bassin. Même dans le cas célèbre de grossesse abdominale de Jessop, le placenta affectait cette disposition. On le trouve souvent sur la face postérieure de l'utérus, où il s'est implanté en soulevant le péritoine. Voilà pourquoi l'utérus, quelquefois, ne subit l'involution qu'un certain temps après la mort du fœtus.

Enfant mort récemment. — Parry ayant trouvé, en collectionnant des statistiques, que l'expectation indéfinie donne une supériorité de 17 pour 100 sur les résultats fournis par l'opération secondaire, l'adopta comme ligne de conduite. Plus tard, on substitua une méthode en rapport avec les progrès de la chirurgie abdominale.

On accepta le principe de l'extraction du fœtus par une opération, mais par crainte de l'hémorragie on attendait l'oblitération de la circulation placentaire. On laissait ainsi la femme exposée à une foule d'accidents, la septi-

cémie, la rupture du sac, la suppuration donnant lieu à des adhérences et des fistules ; enfin, à la possibilité d'une infirmité prolongée. Les dangers de cette expectation sont trop grands pour qu'elle puisse être admise aujourd'hui. Pour en citer un exemple : en octobre 1885, trois accoucheurs connus de Philadelphie se réunirent en consultation, tous les jours, pendant deux semaines, pour discuter le cas d'une dame prise de faux travail. Ne croyant pouvoir promettre au mari qu'une opération, à ce moment, pourrait sauver sa femme, ils se décidèrent à attendre le moment opportun. Tout d'un coup, quand l'état de la malade semblait s'améliorer, elle fut prise de douleurs extrêmement aiguës, et mourut en trente minutes.

Étant donnés les progrès de la chirurgie moderne, et les ressources qu'elle possède pour se rendre maître de l'hémorrhagie, la possibilité d'accidents pareils doit plaider en faveur de l'intervention immédiate. « On sera autorisé, je crois, dit Pozzi, à réformer le procès qui lui a été fait par mes devanciers et à adopter l'opération primitive ou précoce comme règle. »

Enfant mort depuis longtemps. — Le principe de l'intervention chirurgicale s'applique aussi aux fœtus morts depuis longtemps, qu'il s'agisse d'un lithopédion, parfaitement toléré, ou de ces anciens kystes qui, à la faveur de la suppuration, cherchent à s'éliminer soit par le rectum, le vagin, l'abdomen ou la vessie. C'est que la tolérance d'un lithopédion même est précaire. Les maladies dépressives, telles que les fièvres continues, ou les affections locales qui produisent un état adynamique, peuvent donner lieu à l'inflammation destructive¹. Les kystes suppurés, d'un

1. Parry, loco cit.

autre côté, peuvent donner lieu à des fistules ou à l'obstruction intestinale et divers accidents déjà énumérés. Ils sont donc justiciables du traitement dont il a été question à propos des hématoécèles suppurées du ligament large.

Traitement du sac. — Conservation ou Ablation.

En parlant de la technique de la laparotomie primitive, nous avons vu que c'est la conduite que l'on doit tenir vis-à-vis du placenta qui constitue la grande difficulté de l'opération. J'ai indiqué le procédé auquel Tait s'est arrêté en dernier lieu, c'est-à-dire l'occlusion hermétique du sac fœtal avec rétention du placenta. Mais en même temps il admet que la question ne peut pas être encore définitivement déterminée. D'un autre côté Pozzi attribue les succès récents de la laparotomie primitive « aux perfectionnements apportés dans la technique et en particulier à l'ablation du sac et du placenta ». Il n'y a pas de doute que quand l'ablation totale est possible, c'est toujours le procédé de choix. Tait l'admet volontiers quand elle est possible; il a lui-même fait l'ablation du sac quand il a trouvé un pédicule permettant la ligature. Mais il n'est pas toujours possible de lier les vaisseaux qui se rendent aux sacs, ni d'isoler les parois de celui-ci. Quelquefois même le fœtus est libre dans la cavité abdominale, et le placenta étendu sur les parois du bassin.

Voici la technique de l'ablation totale du sac telle qu'elle est formulée par Pozzi. Les considérations que j'ai cru utiles d'ajouter à la suite de cet habile résumé permettront de laisser voir comment il se fait que cette technique ne saurait être « minutieusement fixée ».

« **1^{er} temps.** — Incision abdominale, suture provisoire du sac à chacune des lèvres de la plaie.

2^e temps. — Ouverture du sac dans son point le plus mince, en évitant le plus possible les vaisseaux en les pinçant à mesure.

3^e temps. — Extraction du fœtus saisi par les pieds; ligature et section du cordon.

4^e temps. — Ablation de sutures provisoires, extraction du sac en opérant la rupture des adhérences et la décortication de la portion sous-séreuse; des pinces seront rapidement placées sur les points saignants, que les aides comprimeront, au besoin, avec les doigts.

5^e temps. — Hémostase définitive du fond de la plaie par des ligatures ou par le tamponnement à la gaze iodoformée. Alors même que le tamponnement ne serait pas employé, il serait prudent de ne pas refermer complètement la plaie abdominale, mais d'établir un drainage à sa partie inférieure, soit avec un tube de caoutchouc, soit avec quelques bandelettes de gaze antiseptique.

Si le sac était trop fortement adhérent à l'intestin, il ne faudrait le réséquer que jusqu'au niveau des adhérences, faire et renouveler le tamponnement à la gaze iodoformée du fond de la plaie, jusqu'à exfoliation des parties kystiques laissées en place (Treub). »

Les seules variétés de grossesse extra-utérine pouvant arriver à terme d'après les recherches de Berry Hart¹ sont les suivantes : 1^o La variété intra-ligamentaire pure; 2^o la variété extra-péritonéo-abdominale; 3^o la variété intra et extra-péritonéale, c'est-à-dire la variété dans

1. *Edinburgh Medical Journal*, nov. 1889, cité dans *Revue des Sciences médicales* de janv. 1890.

laquelle le placenta conserve plus ou moins son insertion primitive, mais où le fœtus a pénétré par rupture dans la cavité péritonéale. Les grossesses abdominales sont rares, les grossesses ovariennes plus rares encore; on admet ces dernières avec les réserves faites précédemment.

Les auteurs qui parlent de l'ablation du sac et qui donnent les règles que l'on doit suivre dans cette opération, s'inspirent trop souvent des anciennes théories de l'évolution de la grossesse ectopique. Selon ces théories, l'œuf, pendant son développement dans la cavité péritonéale, s'entoure d'une enveloppe adventice constituée par des fausses membranes qui viennent s'ajouter aux membranes propres de l'œuf. On a même affirmé que cette enveloppe pouvait s'organiser au point de permettre des contractions dans le sac. Voilà un phénomène difficile à expliquer par exemple, à moins de se rapporter à ce que nous avons dit sur l'évolution intra-ligamentaire de l'œuf. Il n'y a que le ligament large qui puisse se contracter. On voit ainsi comment les anciennes observations viennent confirmer des théories plus rationnelles. Je crois qu'il est à peu près impossible, d'après l'obscurité qui règne encore sur cette question difficile de pathogénie, de donner une règle unique pour le traitement du sac fœtal. Selon notre manière de voir, par exemple, la grossesse abdominale n'aurait souvent pour sac que les membranes fœtales et le placenta. Au contraire la variété de beaucoup la plus commune, la grossesse intra-ligamentaire, serait absolument différente de la dernière en ceci que le sac épais et vasculaire est adhérent aux parois du ligament large.

Dans la première variété il faudrait décoller le placenta de ses nombreuses insertions sur les viscères, tels que les

intestins l'épiploon et autres viscères, procédé par ce fait même très dangereux; dans la seconde il faudrait faire une véritable décortication¹. Pozzi a bien exprimé la différence qui existe entre ces variétés en assimilant les opérations pour l'ablation de leurs sacs respectifs à l'extirpation d'un kyste de l'ovaire adhérent, ou à l'extraction d'un kyste parovarien du ligament large.

Un fait encore important à noter et qui explique pourquoi certaines opérations avec ablation totale du sac réussissent, tandis que d'autres ne donnent que des insuccès, est le suivant. — Il existe deux variétés de placenta : Une variété où le placenta est gros, épais, dense et peu adhérent, une seconde où il est au contraire mince, diffus et très adhérent; ce dernier continuerait à se développer même après la mort du fœtus. La première donne les succès opératoires dans l'ablation totale du sac, la seconde les insuccès. Une règle unique ne peut donc pas être établie pour cette opération; il faut, comme le dit Pozzi, se plier aux circonstances. C'est seulement quand la pathogénie sera définitivement élucidée que l'on pourra formuler des règles plus précises.

L'Élytrotomie.

C'est un procédé qui ne convient qu'aux cas où l'enfant est mort. On ne connaît que deux cas, dont le premier même est douteux, où l'incision vaginale a servi à

1. Pozzi, *Gynéc.*, 325.

l'extraction d'un enfant vivant¹. C'était eutrefois l'opération de choix. Les anciens voyaient dans la proximité qui existe parfois entre les parois du vagin et la tête fœtale une circonstance favorable pour la mère, car il ne fallait faire qu'une incision pour extraire le fœtus. C'était en somme le seul cas où l'extraction de fœtus était permise ; il s'agit en effet de l'époque de l'expectation indéfinie. Après la mort du fœtus l'élytrotomie a donné des résultats excellents à Pinard, qui la préfère dans des cas où le fœtus serait profondément engagé dans le bassin et le placenta inséré sur la paroi abdominale. Billroth (*Handbuch der Frauenkrankheiten 5. ter Abschn.*, p. 87), pourtant, rapporte que Bandl opéra par une section vaginale dans des circonstances qu'il crut très favorables, ce qui n'empêcha pas la femme de mourir trois jours plus tard. Tait condamne le procédé dans toutes les circonstances. La mortalité de cette opération est de 60 pour 100, mais pour Tait ce n'est pas là encore son plus grand inconvénient. C'est la dilacération des tissus autour de l'incision, et l'hémorrhagie consécutive à l'extraction constatée seulement à l'autopsie, qui suffisent pour la contre-indiquer. Il n'est pas possible, prétend-il, de reconnaître l'insertion placentaire. Il a opéré une fois par le vagin. Il y eut une hémorrhagie foudroyante, et plus tard des phénomènes d'absorption putride. Il fut tenté, comme tant d'autres, par la proximité immédiate du fœtus et du cul-de-sac vaginal. Au toucher, on aurait cru la tête séparée du doigt par la muqueuse seulement. C'était la seule fois, qu'il eut recours à

1. Les cas du Dr John King et de Matthieson d'Ontario. *Brit. Med. Journal*, 1884, p. 999. Matthieson enleva le placenta en faisant suivre le décollement de l'application d'une éponge imbibée de perchlorure de fer.

l'élytrotomie. Dans la suite il y renonça absolument. Pour être conséquent avec les idées que j'ai développées jusqu'ici, il faut s'opposer à l'opération ; parce que l'insertion placentaire étant primitivement tubaire, doit être plus tard ou complètement pelvienne, ou bien se trouver à peu de distance de son insertion primitive dans la trompe de Fallope et le ligament large. L'extraction de l'enfant se fait à travers des tissus extrêmement vasculaires, dont la dilacération constitue un danger pour la mère et pour l'enfant. Hermann, qui cite Pinard pour partager sa manière de voir, donne pourtant la préférence à l'élytrotomie dans certains cas, quoique nous l'ayons vu condamner l'opération absolument dans les premiers mois de la grossesse.

On doit seulement avoir recours à l'élytrotomie quand on peut diagnostiquer la position de l'enfant dans le bassin et que la présentation est celle du sommet, le siège ou le pied. Il faut préférer la laparotomie si l'on prévoit la nécessité de faire la version ou d'avoir recours au forceps comme a dû faire Matthieson dans le cas que je cite plus haut. Le danger d'hémorrhagie par le fait de l'insertion du placenta sur la paroi abdominale ne serait pas une contre-indication de la laparotomie. Knowsley Thornton croit que les ressources de la chirurgie moderne doivent suffire à se rendre maître de l'hémorrhagie.

La technique de l'opération est donnée par Pinard, dans l'article déjà souvent cité (Ann. de Gynéc. avril 1889). Il ouvre la poche par une incision avec le bistouri. Thomas emploie le thermo-cautère. Pinard laisse le placenta, et en attendant son élimination, il fait des irrigations continues du sac, soit au sublimé, soit au naphtol β en solutions saturées.

OBSERVATION. — *Seconde grossesse tubaire chez la même malade diagnostiquée et enlevée avant la rupture.*

G. Ernest Herman M. B. Londres, F. R. C. P.

A. M^e G. 31 ans. — En janvier 1887, laparotomie dans mon service pour grossesse tubaire rompue. On enleva la trompe droite.

En décembre 1888, fièvre typhoïde.

Dernières règles en février dernier; ayant éprouvé quelques nausées, et se croyant enceinte, la malade est venue à la consultation. Le 10 mai, pertes sanguinolentes. Aucune douleur, sauf celle due aux efforts de vomissements.

Entrée le 13 mai 1890. Au toucher on trouve l'utérus mobile. A gauche, derrière ce dernier, tumeur du volume de l'utérus et mobile avec lui.

Diagnostic, grossesse tubaire. Laparotomie le 17 mai. Incision de l'ancienne cicatrice; on trouve une tumeur ovoïde de la trompe gauche, liée à l'utérus par des adhérences faciles à déchirer. On lie le ligament large et on enlève la tumeur avec l'ovaire; légère hémorrhagie. Lavage du péritoine; pas de drain.

Guérison rapide; la malade sort le 17 juin. Remarques: C'est un des seuls cas diagnostiqués et opérés avant rupture. Des grossesses doubles ont été publiées par L. Tait, Veit (3 cas) et quelques autres. L'œuf était apoplectique; l'absorption complète aurait pu peut-être se faire; M. Bland Sutton pourtant a publié un cas où la rupture eut lieu à la suite d'hémorrhagie dans la substance du chorion. Étant donnée l'incertitude de la mort du fœtus, le plus prudent est d'opérer.

OBSERVATION. — *La nommée Shaffat, âgée de 55 ans, entrée à Lourcine-Pascal, le 27 septembre 1890.*

Antécédents héréditaires. — Parents morts; elle était en bas âge.

Antécédents personnels. — Jamais malade; réglée à 19 ans; deux enfants; la dernière grossesse a eu lieu il y a 4 ans.

31 août 1886. — Dernier enfant. Depuis ce moment, à partir de son retour de couches, métrorrhagies très abondantes; obligée de garder le lit chaque mois.

Pas de pertes blanches. Cinq semaines avant son entrée, douleurs très vives dans le ventre; la malade perd connaissance deux fois de suite, tombe par terre; pendant toute la nuit, douleurs atroces; depuis lors continue à souffrir, va trouver un médecin qui trouve une tumeur.

Puis M. Petit est appelé; celui-ci dit qu'il y a une opération à faire.

La malade, qui avait perdu abondamment auparavant, continue à perdre pendant plusieurs jours; n'a pas vu depuis le 17 septembre.

Entrée le 27 septembre à Pascal, on l'examine d'abord à l'amphithéâtre, et M. Pozzi, à cause des douleurs très vives que provoque l'examen, décide de le refaire sous le chloroforme.

Pendant trois jours, injections chaudes vaginales, puis on décide l'opération et on endort la malade le matin du 29 septembre.

Examen sous chloroforme, le 29 septembre. — Col petit, dur, dirigé en arrière. Utérus porté en avant et légèrement

abaissé. Il adhère à une masse considérable, perceptible en arrière, remplissant le cul-de-sac de Douglas et empiétant fortement sur le cul-de-sac latéral droit.

A la palpation bimanuelle, on constate que cette masse déborde de quatre travers de doigt le pubis ; elle est dépressible et donne une sensation de tumeur kystique.

On fait le diagnostic de pyo-salpinx bilatéral prédominant à gauche avec possibilité d'hémato-salpinx concomitant.

Opération. — Incision sur la ligne médiane de sept centimètres. M. Pozzi, après avoir exploré le fond de l'utérus, tombe sur une masse volumineuse tubo-ovarienne, très adhérente au petit bassin dont la décortication est très pénible. Elle est amenée à l'extérieur et on voit alors qu'elle adhère sur la ligne médiane à une autre tumeur qui est également decortiquée. En achevant la décortication de la première tumeur, M. Pozzi crève une poche remplie de pus sanguinolent, que l'on amène à l'extérieur sur des compresses ; on voit que c'est un pus concret provenant du cul-de-sac de Douglas. En achevant la décortication, le pédicule cède et la pièce est enlevée par éradication. A ce moment se produit un assez fort suintement sanguin, arrêté par la compression. On amène ensuite au dehors la tranche du ligament large, qui, ne donnant pas, est cautérisée ainsi que le moignon de la trompe, parfaitement visible.

Examen des pièces. — A gauche, la tumeur est formée de deux parties intimement soudées entre elles par la trompe et l'ovaire.

Trompe à forme bilobée, terminée en dehors par une extrémité plus effilée, qui comprend le tiers interne et

offre des lésions de salpingite parenchymateuse. — Le tiers moyen de la trompe, du volume d'une grosse noix, est rempli en majeure partie par un corps charnu injecté de sang, ressemblant à un cotylédon placentaire apoplectique.

En essayant de détacher ce corps charnu, on voit qu'il adhère manifestement à la poche par des filaments semblables à des villosités choriales.

Sur la pièce fraîche, on distingue une membrane, d'aspect arachnoïdien, qui est interposée entre la paroi tubaire et ressemble à l'amnios. Au-dessous de ce corps charnu existe une cavité du volume d'une noisette, dans le fond de laquelle on voit s'insérer la poche de l'amnios.

Le tiers externe de la trompe présente une seconde bosselure à parois peu épaisses, tapissée d'une membrane plissée, rappelant la muqueuse de la vessie. A son extrémité existe un orifice se continuant dans la cavité, du volume d'un petit œuf, à parois lisses qui est un kyste folliculaire de l'ovaire. Les deux cavités tubaire et ovarienne sont séparées par une ligne de démarcation très nette, qui semble correspondre au pavillon de la trompe où se fait le changement manifeste des deux membranes.

A la partie postérieure de l'ovaire, on voit un orifice, séparé en deux par une bride, par où l'on pénètre dans un autre kyste folliculaire accolé au premier. Cet orifice est le résultat de la section qui a séparé la tumeur tubo-ovarienne droite de la tumeur tubo-ovarienne gauche.

Sur la tumeur *droite* existe la section correspondante, formant un large orifice. En y pénétrant et en le fendant, on constate qu'il s'agit de la dilatation de la trompe (hémato-

salpinx) suppurée qui communique à sa partie inférieure avec un kyste de l'ovaire.

Cavité cloisonnée contenant de la sérosité sanguinolente. Au-dessous de ce kyste, le tissu ovarien est lardacé, et contient plusieurs abcès (2 à 3), remplis de pus crémeux, du volume d'un gros poids.

En résumé, il semble qu'il s'agisse là d'une lésion complexe.

1) Grossesse du tiers moyen de la trompe gauche, ayant abouti à l'apoplexie de l'œuf.

2) Kyste tubo-ovarien gauche.

3) Hémato-salpinx de la trompe droite, ayant suppuré et s'étant transformé en kyste tubo-ovarien double; faisant communiquer la trompe droite dilatée à la fois avec l'ovaire droit kystique et avec l'ovaire gauche kystique, réunis et fusionnés par des adhérences en une seule masse comprenant les annexes des deux côtés.

CONCLUSIONS

A. Traitement de la grossesse extra-utérine avant le cinquième mois.

1. Toutes les fois qu'une grossesse ectopique ne sera même que soupçonnée, il y a indication formelle d'intervenir par la laparotomie.

B. Traitement de la grossesse extra-utérine avant le cinquième mois, au moment de la rupture.

1. L'intervention par la laparotomie devient le procédé d'urgence si la rupture est intra-péritonéale.

2. Si cette rupture reste intra-ligamentaire, on n'intervient que si les signes d'hémorrhagie font craindre la rupture du sac et l'épanchement intra-péritonéal.

C. Traitement de la grossesse ectopique après le cinquième mois.

On n'interviendra que dans les cas suivants :

1. Mort du fœtus et accidents consécutifs,
2. Rupture secondaire du sac fœtal.
3. Signes d'intolérance de gestation.

D. Traitement de la grossesse ectopique parvenue à terme.

1. L'opération primitive est aujourd'hui, avec les progrès de la laparotomie, le seul procédé recommandable.

2. Si l'on a acquis les signes de mort du fœtus, il faut l'enlever sans temporiser, par la laparotomie.

3. L'ancien kyste fœtal suppuré réclame le traitement d'un abcès pelvi-abdominal.

4. L'élytrotomie doit être réservée aux cas très exceptionnels, de même que la périnéotomie, l'incision parasacrée, et l'extraction par la voie pelvienne.

5. Il est évident que l'emploi des ponctions, des injections et celui de l'électricité sont des interventions surannées, dangereuses et infidèles, et tout à fait à rejeter.

E. *Traitement du sac fœtal et du placenta ectopique.*

1. Ce traitement ne peut pas encore être établi d'une manière absolue et s'appliquant à tous les cas. Le plus sage est d'agir suivant les circonstances.

2. Dans la variété intra-ligamentaire pure de grossesse ectopique, le meilleur procédé est la *décortication* ou la *marsupialisation* du sac fœtal.

3. Si le placenta est diffus et adhérent aux viscères abdominaux, la fermeture hermétique du sac semble avoir donné les meilleurs résultats.

4. Si la malade présente le moindre phénomène de septicémie ou d'intolérance du sac, il faut immédiatement recourir à une seconde laparotomie pour extraire le placenta.

5. Si le placenta est compact (dans ce cas il est toujours peu adhérent), c'est à l'ablation totale qu'il faut donner la préférence.

6. D'une manière générale, quand l'ablation complète est possible, c'est toujours le procédé de choix.

Vu par le Président de Thèse,

PINARD

Vu par le Doyen :

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- ARCHIVES de Tocologie. — 10 avril 1887.
BALDY (Dr). — Obst. Gaz. June 1888.
BÉHIER. — Gaz. hebd., 1873. n° 30 ; 12 juillet 1890, n° 28.
BAR. — Thèse d'agrégation, Obs. LIX (Bull. Soc. anat. 1884, p. 260-265).
BARNES. — Traité des Maladies des femmes.
BUSCH (Dr). — Nouv. Arch. d'Obst. et de Gynécol., 25 février 1887.
CHAMPNEYS. — Obstetrical Society. Transactions, 1887.
DUNCAN (Matthews). — St-Barth's Hosp. Reports, 1883.
DUNCAN (William). — Lancet, mars 1890.
FERRÉOL. — Un. méd. hebd., 4 décembre 1875.
GARDNER. — Mars 1890, Mont. Med.-chirur^s Society. Montréal Med. Journal.
GARRIGUES. — Ann. Gynec. Society, 1883.
GOODELL. — Annals Gynecology and Paediatry, may 2 1890.
GALLARD. — Gazette hebd., 1858, 461.
GOUPIL. — « Handbuch der Krankh. der Weib. Geschlechtsorgane » 7 Auf
Leipsic, 1886.
HAMILTON. — New-York Med. Journal, 8 février 1890.
HERMAN (E.-G.). — Delivery by vagina in Extra-Utérine Gestation. Transactions
Obstetrical Society, Londres 1887 ; Brit. Med. Journal, septembre 1890.
HART D. BERRY. — Edinburgh Med. Journal, octobre 1887.
HART and BARBOUR. — Gynecology.
JOHNSTONE (Dr) — In Diseases of women and abd^s surgery. LAWSON-TAIT.
LUSK. — A Plea for early Operations in E. U. Pregnancy. — MIDWIFERY.
LEOPOLD. — Arch. f. Gyn., Band XVIII, S. 53, 74.
LESOUËF. — Remarques sur trois cas de grossesse, Ext. Uter., p. 18.
LITZMANN. — Zur Ferstellung der Indic : f. d. Gastrotomie bei Schwan-
gerschaft ausserhalb der Gebärmutter.
MARTIN (A.). — Soc. Obst. de Berlin, 1885 ; Brit. Med. Journal, 11 feb.
1888 ; Traité clin. des Mal. des femmes, p. 531 (trad. franç.).
MATHIESON. — Brit. Med. Journ. 1884, p. 999.
MAYGRIER. — Thèse d'Agrégation 1886.
PARRY (J.-S.). — Extra-Utérine Pregnancy ; its Causes, Species, etc.
PLAYFAIR. — Brit. Med. Journal, 15 décembre 1888, p. 1340.
PRIESTLEY. — Royal Med. and Chirurgical Society, London, 1889.
POZZI. — Traité de Gynécologie, 1890, p. 854-869.
PINARD. — Art. Grossesse Extra-Utérine. dans Dict. Encycl. des sciences
médic. Annales de Gynécologie, avril 1889.
PRUJANSKAIA (Maria O.). — Meditz. Abozr Fasc VII, 1885, 689.

SCHROEDER. — Lehrbuch der Geburtshülfe, 6 Auff, S. 408.

SCHAEFFER. — Ueber die innere Ueberwanderung des Eies Zeit f. Geb. u. Gyn.

B. XVII, 11 sept.

SPIEGELBERG. — Traité des Accouchements.

SÄNGER. — Cent. f. Gynak., n° 29, 1890.

SPEAVENSON. — Brit. Med. Journal, 4 décembre 1886, p. 1094.

STRAHAN. — Diagnosis and Treatment of extra-uterine Pregnancy, 1889.

SUTTON, BLAND. — Roy. Med. and Chir^l Society, novembre 1889.

TAIT, LAWSON. — Diseases of women and abdominal surgery, 1890; Brit. Med. Journal, 10 March 1890; Scheme of ectopic Gestation in Tubo-ovarian Tract. Lancet, septembre 1888; Provincial Med. Journal, novembre 1889.

THOMAS, GAILLARD. — New-York Med. Journal, June 1875.

TARNIER ET BUDIN. — Traité de l'art des accouchements, 1886.

VEIT. — Zeitsch für Geburt. u. Gynak., 1884, B. XI, S. 384.

WERTH. — Trans. du huitième congrès Méd. intern. Copenhague.

WYLIE GILL. — Brit. Med. Journal, 1886, 1093, décembre.

ZUCKER. — Cent. f. Gyn., 14 avril 1888.

21602. — PARIS, IMPRIMERIE LAHURE
9, rue de Fleurus, 9
